سلسلة الثقافة النفسية ١

نظريات حديثة في الطب النفسي

تأليف
البروفسورة
اليزابيت ك. موسون
رئيسة فرع الطب النفسي في الجامعة المجرية

إشراف وتعليق
د. محمد احمد نابلسي

ترجمة
نبيل حسين آغا
د. محمد بدوي



دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ١١٠٧٤٩

نظريات حديثة

في

الطب النفسي

سلسلة الثقافة النفسية ١

نظريات حديثة في الطب النفسي

تأليف
البروفورة
اليزابيت ك. موسون
رئيسة فرع الطب النفسي في الجامعة المجرية

ترجمة
نبيل حسين آغا
د. محمد بدوي

إشراف وتعليق
د. محمد احمد نابلسي

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ٧٤٩-١١

١٩٨٩

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب [illegible]

• الإدارة : بيروت ، شارع مدحت باشا ، بناية كريدية ، تلفون : ٣٠٣٨١٦/ ٣٠٩٨٣٠/ ٣١٢٢١٣
برقياً : دانهضة ، ص . ب ٧٤٩-١١
تلكس : NAHDA 40290 LE
29354 LE

• المكتبة : شارع البستاني ، بناية اسكندراني رقم ٣ ، غربي الجامعة العربية ، تلفون : ٣١٦٢٠٢

• المستودع : بئر حسن ، تلفون : ٨٣٣١٨٠

المقدّمة

يمثل هذا الكتاب خلاصة أبحاث وتجارب واحدة من أهم وأشهر أساتذة الطب النفسي وعلم النفس الطبي ـ العيادي في أوروبا . هذا وقد انتقت المؤلفة بنفسها المقالات الأهم ، والأكثر إيجازاً وتعبيراً عن نظريتها ، مما ألفته طيلة أربعين سنة من الممارسة العيادية .

وللبروفسورة موسون مدرستها الخاصة التي يوجزها هذا الكتاب فهي تعتمد أسلوباً خاصاً في الفحص النفسي وتعتمد اختبارات نفسية من وضعها وتقنينها . كما أن لها نظرة خاصة فيما يتعلق بالأمراض النفسية ـ الجسدية (البسيكوسوماتيك) وقس عليه بالنسبة للعلاج الدوائي . وكلها مواضيع يعرضها هذا الكتاب الموجز لنظريتها .

هذا وتشغل البروفسورة موسون حالياً منصب المشرفة على الاختصاصات النفسية العالية في جامعة بودابست كما تشغل مناصب الرئاسة وعضوية الشرف في عدد من الجمعيات الدولية . ومن بينها مدرسة فيرنزي للتحليل النفسي . كما تشغل منصب نائب رئيس الجمعية المجرية للطب النفسي .

وقد ساهمت المؤلفة مساهمة فعالة في إخراج هذا الكتاب سواءً من حيث اختيارها للمواضيع وتعليقها عليها أو من حيث تبويب وعرض هذه المقالات . وهكذا فقد أتى تقسيم هذا الكتاب على النحو الآتي :

الفصل الأول : ويعرض اختبارين إسقاطيين من وضع وتقنين المؤلفة . وهذين هما :

أ ـ اختبار رسم الوقت .

ب ـ اختبار التماهي بالصور أو اختبار رودولف .

وقد قامت المؤلفة بتطبيقهما وتقنينهما وصولاً إلى جعلهما قابلين للاستعمال العيادي . وفي هذين الاختبارين من المميزات ما يجعلهما أقرب إلى التطبيق العيادي من باقي الاختبارات المعروفة .

الفصل الثاني : مساهمة في الطب النفسي ـ الجسدي (البسيكوسوماتيك) وفيه تعرض المؤلفة خلاصة تجربتها على ألفين من المرضى البسيكوسوماتيون . وكان هذا العرض قد جرى خلال المؤتمر العالمي السابع عشر للجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي .

الفصل الثالث : العلاج الدوائي للحالات العصابية . وهذا الفصل ترجمة لمقال بالإنكليزية من أحدث أعمال المؤلفة .

الفصل الرابع : الطب النفسي ـ البيولوجي : وفيه تعرض المؤلِّفة، مع معاونيها، بعض الدراسات المتعلقة بالآثار النفسية

والبيولوجية لبعض العقاقير. مع شرح طرق الإفادة من هذه المعلومات في العلاج الطبّي للأمراض النفسية.

وكانت المقالات الأصلية قد نشرت في مجلات سوبر اختصاصية بحيث أتت غاية في الكثافة مما يجعل من ترجمتها الحرفية أمراً يقتضي التمهيد والشروحات ولكن أيضاً بعض الإضافات التي تفضلت المؤلفة بإعطائها مع مزيد من الأمثلة. وحفاظاً على حرفية النصوص الأصلية فقد تم تذييل النصوص بالشروحات والتعليقات اللازمة. وقد تولى الأستاذ نبيل حسين آغا ترجمة النصوص الفرنسية والدكتور محمد بدوي ترجمة النصوص الإنكليزية.

ونحن في مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية نعتز بثقة البروفورة موسون وبتعاونها. آملين أن نكون قد قدمنا مساهمة مهمة لمكتبتنا العربية.

وهذا الكتاب هو أول كتب سلسلة الثقافة النفسية التي يعدّها المركز. والهادفة لإطلاع القارىء العربي، والمختص على وجه التحديد، على أحدث النظريات والتطبيقات في حقل الطب النفسي وعلم النفس العيادي ومتفرعاتهما.

د. محمد أحمد نابلسي

طرابلس في ١٥/١١/٨٨

مقدّمة المؤلفة

في تقديمي لهذا الكتاب ، الذي ينشر عدداً من أهم مقالاتي وأبحاثي، اخترت مقالة كنت قد عرضتها خلال المؤتمر الدولي لعلم النفس التطبيقي الذي أقيم في مونتريال ـ كندا عام ١٩٧٤ . واختياري هذا للاطلال على القاريء العربي إنما يعود إلى أن هذه المقالة ـ المقدمة تلخص بأمانة موقفي من الاختصاص ومن المرضى الذين عملت معهم طيلة أربعين سنة من حياتي .

ففي رأيي الشخصي أن حصر الدوامات التي تؤلم البشرية (اعتداءات ، عنف ، صراعات ، مواقف ضاغطة ومواقف التمييز العنصري والديني) في إطار أعراض مرضية هو عمل لا يرتكز على أي أساس . وبالتالي فإنه خطأ من الأخطاء التي نرتكبها بحق أنفسنا وبحق البشرية . فهذا الخطأ العيادي وبخاصة النظرة الرومانية (القائلة بأن هذه الأعراض المرضية هي دلالة على انحراف المجتمع نحو الجنون الجماعي) هي فرضيات لا يمكن للأطباء النفسيين أن يعتمدوها أو حتى أن يقبلوا بها . فتجربة هؤلاء الأطباء إنما تشير إلى عكس ذلك تماماً . خاصة وإننا نرى اضمحلال عددٍ من الأعراض النفسية الكبرى وانحسارها لدرجة الإلغاء أحياناً .

فعلى سبيل المثال لاحظ الأطباء النفسيون منذ ما يقارب النصف قرن اختفاء النوبات الهسترية الكبرى . إضافة إلى أن المرضى العقليين لم يعودوا يعانون من التصرفات الغريبة وذلك بسبب الإمكانيات العلاجية الحديثة التي لا تزال تحقق تطورها يوماً بعد يوم . بل أن هؤلاء المرضى باتوا يفدون للمستشفى وهم في حالة يصعب معها التفريق بينهم وبين الأصحاء ، حتى قبل البدء بعلاجهم . (وفي هذا حجة مهمة وقيمة لـ أضداد الطب النفسي) .

ولكن هل نستطيع ومن خلال هذه المعطيات أن نعتبر بأن مجتمعاتنا باتت أكثر عافية منها في الماضي ؟ . وبمعنى آخر هل نستطيع اعتبار أن شروطنا الإنسانية المعاصرة تتطابق مع الخصائص الإيجابية للصحة العقلية (المتلخصة بـ : الحساسية الاجتماعية ، القدرة على التحكم بالمحيط ، نظرة موحدة للحياة ، تحقيق الذات والقبول الذاتي) ؟ .

ثم سؤال آخر يتبادر إلى ذهننا وهو : هل نخطيء إذا ما رفعنا الصوت عالياً محذرين من الأخطار المتنامية للأمراض النفسية ـ الاجتماعية مثل الانتحار وإدمان المخدرات لدى الشباب؟ .

للجواب على هذه الأسئلة الثلاثة نقول ، ومن خبرتنا الشخصية ، أن الجواب هو واحد وهو لا بالطبع ، ذلك أننا ، وبالرغم من رفضنا للنظرة القائلة بإصابة جماعية ـ نفسية للإنسانية ، نؤكد تعاظم عدد الأشخاص الذين يحتاجون للتدخل الطبي ـ النفسي أو للدعم النفسي على الأقل . وجوابنا هذا بدوره يطرح تساؤلين مهمين هما :

١ ـ هل يعني هذا ازدياداً حقيقياً لعدد المرضى النفسيين ؟

٢ ـ هل تلعب الهزات الاجتماعية العظمى ، كالحروب مثلاً ، دوراً في نشوء وتطور هذه الأمراض النفسية ؟ .

في جوابنا على هذه الأسئلة نعود لعدد من الدراسات الجائحية ، التي امتد بعضها لمئات السنين ، والتي تدل على أن النسبة المئوية للمرضى الذهانيين ظلت ثابتة وغير متأثرة بالحروب والضغوطات الاقتصادية الحديثة . وهذا ما يدعم النظرية القائلة بالمنشأ الحيوي ـ العضوي لهذه الأمراض .

إلا أن هنالك عدداً من الدراسات الحديثة التي تشير إلى تأثير الحروب خاصة في ارتفاع نسب الإصابة بعدد من الأمراض مثل : الخرف المبكر ، الوهن ، الأمراض النفسية ـ الجسدية ، الغددية وحتى الفصام حسب رأي Copelman .

كما أن هنالك قائمة من الاضطرابات الانفعالية التي تجعل من الصعوبة بمكان تحديد وفصل العصابات الحقيقية عن الصراعات النفسية الاعتيادية (إرهاق الحياة اليومية) . ومما لا شك به أن التوجه للعلاج النفسي قد بات سهلاً وفي متناول يد المواطن العادي . كما أن الجو العام بات أكثر تفهماً وقبولاً للناس الذين يجدون صعوبات في تكيفهم . وبمعنى آخر فإن المستوى الإنساني ـ الثقافي النفسي قد أمسى أفضل مما كان عليه . ولكن هنالك عاملاً آخراً يشكل في رأينا سبباً مهماً لارتفاع نسب الأمراض النفسية البسيطة (صعوبات تكيف ، اضطرابات انفعالية. . .إلخ) وهو المتعلق بسيرورة

الوعي . وفيما يلي سنناقش مظهراً واحداً لهذه السيرورة وهو مبدأ الوقت .

فالدراسة المؤثرة لـ Gurcuitsch تثبت أن المفهوم القديم للوقت ، المتمثل بنظرة دورية يتعاقب خلالها الليل والنهار وبالتالي الوقت ، قد تغير منذ عهد القرون الوسطى ليحل مكانه مفهوم الوقت الذي لا يتراجع .

من هذه الزاوية يبدو أن هنالك ارتفاعاً في قدرة الذين يملكون مفاهيم الاستقرار ، والمتعلقين بالقيم التقليدية ، على التكيف مع التغيرات الحاسمة للحياة الاجتماعية . إلا أن هذه القدرة تكون أفضل لدى أولئك الذين يملكون أفقاً منفتحاً وأكثر مرونة بالنسبة للوقت . مما يشجع المظاهر الإيجابية للصحة النفسية[١] كالإبداع والتطور. كما يشجع أيضاً القدرة على التحكّم والمراقبة الإيجابيتين للأحداث . وهنا نذكر بقول Fried بأن هذا المظهر للوقت (غير القابل للتراجع إلى الوراء) هو مفهوم ضعيف المقاومة وبخاصة أمام «النقاط التي لا عودة عنها» . وهذا ما يحدث عادة أمام الأزمات الاجتماعية الكبرى (كالحرب مثلاً) مما ينعكس على هؤلاء الأشخاص بفقدان الموضوع[٢] .

أمام هذه الأهمية الفائقة لمفهوم الوقت ، ولانعكاسها على

---

(١) لأن هذه المرونة تحد من الصراعات وبالتالي تسهل التكيف.

(٢) فقدان الموضوع La Perte d'Objet : ويؤدي هذا الفقدان إلى حالة نكوص نرجسي من شأنها أن تؤدي لأحداث الاضطرابات النفسية أو الجسدية.

الصحة النفسية والجسدية للإنسان المعاصر ، فإننا نقترح طريقة غاية في البساطة ولكنها ذات قيمة استكشافية فائقة . ونعني بهذه الطريقة «تمثل مفهوم الوقت بالرسم» (التي تعرف اليوم بـ اختبار رسم الوقت) . ومن خلال تطبيقنا لهذه الطريقة استطعنا الحصول على عدد كبير من الرسومات التي تعكس مفهوم الوقت لدى رساميها .

من خلال تحليلنا لهذه الرسوم نستطيع تقسيمها إلى ثلاثة مجموعات هي :

١ ـ أناس طبيعيون يعانون بحدة من وطأة الوقت . وهم يتألمون من وعيهم لمبدأ عدم عودة الوقت إلى الوراء .

٢ ـ لدى هؤلاء الأشخاص، وهم أيضاً طبيعيّون، فإن الحرب هي عامل مسبِّب للقلق وللتهديد الحسِّي. أو أنها، أي الحرب، تمثّل انقضاء عصرٍ ما وبداية آخر(٣).

٣ ـ بعض المفحوصين الأصحاء قام بتمثيل تطور الإنسانية من خلال تصويره للوقت، وهكذا فإننا نلاحظ عاملاً مشتركاً لدى هؤلاء المفحوصين وهو الخوف من المستقبل الذي يأتي ليقتل الحاضر الذي وإن كان سيئاً إلا أنه معاش . وهنا يُطرح السؤال ماذا يمكننا أن نفعل في مواجهة قلق المستقبل هذا ؟ . ماذا نفعل كي نحل الأمان والضمان مكان هذا الخوف من الحياة ؟ ماذا نفعل كي نضمن

(٣) مع ما يمثله هذا المفهوم من إحباط ويأس.

الصحة العقلية ووقايتها ؟ .

- هل نلجأ للمخدرات لزيادة قدرة الإنسان على التحمل ومواجهة القلق ؟ .
- هل نلجأ للمهيجات النفسية كي تحدث الحبور الإنساني ؟ .
- هل نلجأ للجراحة النفسية (Leucotomie) كي نحول الإنسان إلى حالة من السعادة الطفلية متهكين حرمة العقل الإنساني ؟ .

وصحيح أن هنالك عدداً من الناس الذين اعتمدوا أحد هذه الحلول . ولكن خبرة الأطباء النفسيين تتعارض مع هذه الحلول وتدفعهم لرفضها رفضاً قاطعاً بل ولعلاجها والتصدي لاستعمالها . فالجراحة النفسية رفضت منذ زمن كما أن الأبحاث تشير إلى ردة فعل الجسم أمام التغيرات الكيميائية الحيوية التي تحدثها فيه مختلف المواد المسببة للحبور .

وفي رأينا أن عجز الوسائل العلاجية العضوية إنما يعود إلى المفهوم الخاطيء للصحة العقلية . فهذا المفهوم لا ينظر للفرد نفسه وإنما يعرف صحته العقلية عن طريق تحديده لقدرة هذا الفرد على التكيف مع محيطه ومجتمعه .

وهكذا فإن تحسين الظروف الإنسانية إنما يأتي من المحيط الاجتماعي . وإن الأمان النفسي للفرد لا يمكنه أن يأتي إلا من خلال أجواء إنسانية بعيدة عن التشنج . وهذا التأثير المتداخل بين الاجتماعي والعضوي ـ الحيوي يفسر لنا أسباب هيمنة البرامج التربوية على سياسة الوقاية من الأمراض النفسية . وهكذا فإن مهمة

جـديـدة تلقى على عـاتق العـاملين في المجـال النفسي (Psychologues) . وتتلخص هـذه المسؤولية في تلقين العيش «Learing to be» ، في تلقين أساليب التطور وتحديداً في تطوير المفهوم الإنساني والمخططات العقلية لمفهوم الوقت وتغيراتها ولسيرورة الوعي الإنساني عامة .

بهذه الدعوة للسلام أردت تقديم كتابي هذا للقاريء العربي . وهو مجموعة انتقيتها من أهم مقالاتي وفيها أبحاث حول مفهوم الوقت واختبار رسمه ، اقتراح اختبار نفسي جديد بالصور ، مساهمة في البسيكوسوماتيك ، والعلاج الدوائي للحالات العصابية .

البروفسورة إليزابيث موسون

مديرة فرع الطب النفسي

في معهد الاختصاصات العليا في الجامعة المجرية

بودابست في ١٩٨٨/١٠/١

الفصل الأول

الاختبارات النفسيّة الحديثة

أ ـ رسم الوقت

١ ـ اختبار رسم الوقت .
٢ ـ الإبداع والاضطراب النفسي من خلال تمثل الوقت .
٣ ـ الساعة ـ الباعث في الفن والأحلام والاضطراب النفسي .
٤ ـ القلق والانهيار في تصور المستقبل .
٥ ـ اختبار رسم الوقت في البسيكوسوماتيك .

ب ـ اختبار رودولف

تحليل نفسي ـ لساني للمعطيات الكلامية لاختبار التماهي في الحالات المزاجية (اختبار رودولف) .

تمهيد[1]

تنوعت الاختبارات النفسية تنوعاً كبيراً حتى وصل عددها إلى المئات . ولكن غالبية هذه الاختبارات تشترك في عدد من الثغرات تدفعنا لقسمتها إلى عدة فئات فهنالك :

١ ـ الاختبارات الباهظة التكاليف : ومن هذه الاختبارات روورزشاخ ، سوندي ، القرية. . . إلخ . وهذه الاختبارات تجمع إلى جانب ارتفاع كلفتها صعوبة تطبيقها الذي تفرّع إلى اختصاص بحدّ ذاته .

٢ ـ الاختبارات الخاصة بالمجتمعات الغربية : في هذه الفئة تندرج أيضاً الاختبارات المذكورة أعلاه . ولكن المثال الأوضح يبقى اختبار تفهم الموضوع المعروف بالـ T. A. T. Thematic Apperception Test . فعندما قام الباحثون النفسيون بمحاولة تطبيق هذا الاختبار في أفريقيا وآسيا وجدوا أنفسهم مضطرين لتغيير عدد من اللوحات حتى تلائم اللاوعي الجماعي السائد في هذه المناطق . وعليه فإنه من الطبيعي التحفظ في تطبيق هذه

(١) د. محمد أحمد نابلسي .

الاختبارات في مجتمعنا العربي دون القيام بتقنينها وفق أجوائنا الخاصة .

٣ ـ الاختبارات غير المقننة جداً : هنالك قائمة من الاختبارات التي لا تعاني من العيوب المذكورة أعلاه . إلا أنها لم تجد لغاية الآن التجارب العملية الكافية للإستناد إليها في تفسيرنا لهذه الاختبارات .

ولعل أهم مميزات الاختبارات النفسية ، التي تقترحها المؤلفة ، هي بُعد هذه الاختبارات عن العيوب المذكورة أعلاه فهي تمتاز بالصفات التالية :

١ ـ أنها رخيصة الثمن ولا يتطلب تطبيقها أية كلفة مادية . وهي بذلك تشترك مع عدد من الاختبارات الأخرى كمثل رسم الشكل الإنساني أو رسم الشجرة. . . إلخ .

٢ ـ أنها تمثل مشاعر إنسانية صافية وأزلية بحيث لا يختلف تطبيقها باختلاف الحضارات أو باختلاف اللاوعي الجماعي . فاختبار الوقت يتطلب من المريض أن يصف تصوره للوقت وبالتالي للماضي والمستقبل ، للحياة والموت وهي تصورات إنسانية مشتركة بين مختلف الحضارات وإن اختلفت مفاهيمها الإتنية.

٣ ـ إن هذه الاختبارات تعتمد على قدرة الفاحص على تفهم المشاعر الإنسانية وعلى فنه في قيادة الحوار نحو التشخيص السليم. وبالتالي فإن هذ الاختبارات ليست بحاجة للتقنين بقدر ما هي بحاجة إلى تمكن الفاحص من أصول الفحص النفسي والتزامه

بمبادئه الأساسية .

بعد هذه التوطئة البسيطة نقدم في هذا الفصل :

١ ـ عرضاً بقلم البروفورة موسون لاختبار رسم الوقت ، متمثلاً بترجمة المقالين التاليين :

a - Créativité et Psychopathologie.
Dans la Rèpresentation Graphique du Concept du temps.
Masson Italia Editori - Milano 1981.

b - The Clock - Motif in Art, Dreams and Psycho-pathologie.
In Psychiatrie and Art, Karger - Bassel 1975.

بالإضافة لمقالات أخرى تتعلّق بتطبيقات هذا الإختبار.

٢ ـ عرضاً بقلم البروفورة موسون لاختبار التماهي في الحالات العاطفية من خلاف مقالها :

a - Analyse Psycholinguistique des Données Verbales d'un Test D'Identification des états affectifs.
ed. Akademiai Budapest 1972.

ونبدأ بـ : اختبار رسم الوقت ، ويمكن تلخيص طريقة إجراء هذا الاختبار بتقديم قلم من الرصاص وورقة بيضاء إلى المفحوص والطلب إليه أن يرسم ، وبطريقة مفهومة ، تصوره لمفهوم الوقت .

وبالرغم من هذه البساطة الظاهرية للاختبار فإنه يضع المفحوص على حين غرة أمام صعوباته الإسقاطية ، أي أمام صعوبة تحديد موقعه الذاتي في الزمن . وبالتالي مفهومه للحياة إجمالاً ، ومن الطبيعي أن نرى المفحوص وهو يحاول تصور كل من

الماضي والحاضر والمستقبل ومن ثم يحاول الربط بينهم بتسلسل منطقي وبتصور خلاق . وكما سنلاحظ من خلال الرسومات المعروضة فإن هذا الاختبار يعكس عوامل عديدة وشديدة الغنى وذلك تبعاً لشخصية المفحوص، ثقافته، لغته وإضطرابه أو مرضه النفسي . ومن هذه العوامل نذكر:

١ ـ بالنسبة لشخصية المفحوص نلاحظ أن هذا الاختبار يساعدنا في تحديد مدى غنى أو فقر الحياة الهوامية (Fantasme) لدى الشخص وكذلك مدى مرونته أو جموده النفسيين .

٢ ـ بالنسبة لثقافة المفحوص فإننا نلاحظ أن ازدياد درجة ثقافة المفحوص تنعكس في الفكرة التي يحاول التعبير عنها من خلال الرسم حتى ولو لم يكن الرسم متقناً .

٣ ـ بالنسبة للغة المريض فإننا نلاحظ أن المريض الغربي يتصور الوقت على النحو التالي : الماضي إلى اليسار ، الحاضر في الوسط المستقبل إلى اليمين . أما المفحوص العربي فإنه يضع الماضي إلى اليمين ، الحاضر في الوسط والمستقبل إلى اليسار . هذا طبعاً مع وجود بعض الحالات الشاذة .

٤ ـ بالنسبة للمرض فإنه من الطبيعي أن يعجز المريض الذهاني عن خلق تصور مبدع لمفهوم الوقت وذلك بسبب انخفاض قواه الإدراكية . أما المريض العصابي فإنه يعكس نكوصاته وقلقه من خلال تصوره للوقت . وهنا تجدر الإشارة إلى أنه ونظراً لتكامل القوى الإدراكية لدى العصابي فإنه من الممكن أن يعبر هذا المريض

عن مفهومه ونكوصاته بطريقة مبدعة جداً . وأخيراً فإن المريض النفسي ـ الجسدي يعكس تصوّره لمفهوم الوقت من خلال الصراع اللاواعي بين غريزتي الموت والحياة في جهازه النفسي . هذا الصراع الذي يمكن للفاحص الخبير أن يتبينه بسهولة .

وكما سبقت الإشارة فإننا سنعرض لاختبار رسم الوقت من خلال مقالات البروفسورة موسون التالية :

١ ـ موجز للمحاضرة المقدمة في مؤتمر الجمعية الدولية للطب النفسي ـ استانبول .

٢ ـ الإبداع والاضطراب النفسي من خلال رسم الوقت .

٣ ـ الساعة ـ الباعث في الفن والأحلام والاضطراب النفسي .

٤ ـ القلق والانهيار في صور المستقبل .

وأخيراً مقال لنا منشور باللغة الهنغارية في المجلة الهنغارية للطب النفسي وهو بعنوان «اختبار رسم الوقت وتطبيقه في البسيكوسوماتيك» .

أ ـ رسم الوقت

١ ـ موجز محاضرة المؤتمر الدولي للطب النفسي وعنوانها : التعبير بالرسم عن مفهوم الوقت لدى الأشخاص الطبيعيين والمرضى[١] .

البروفسورة إليزابيث موسون

شملت تجاربنا حول هذا البحث ٢١٥ شخصاً بالغاً طلبنا إليهم الإعراب عن مفهومهم للوقت وسيلانه عن طريق الرسم . ونلخص توزيع هؤلاء الأشخاص بالجدول التالي :

	أشخاص طبيعيون		مرضى عصبيون ـ نفسيون	
	طلاب	عاملون	فصاميون	غير فصاميين
رجال	٢٥	٢٠	٢٥	١٥
نساء	٣٥	٢٥	٤٥	٢٥
المجموع	٦٠	٤٥	٧٠	٤٠

وكان الهدف من بحثنا هذا هو :

١ ـ التأكد من فرضية الرمزية الوضعية للمناطق الإنبنائية . وهي

(١) L'Expression graphique de concept du Temps chez des sujets normeaux et pathologiques. E. K. Moussong. Editest - Bruxelles.

الفرضية التي يعتمدها عدد من الروائز الإسقاطية[٢].

٢ ـ اكتشاف علائم التشخيص التفريقي من خلال تشكيل الأفق الزماني للفرد .

٣ ـ أن نبرهن أشكال ومستويات سيرورات الترميز لدى كل من المرضى والطبيعيين .

نتائج تحليل بنى وأفكار رسومات الوقت .

إن التمثل المكاني للوقت كان في غالبية الحالات آحادي النسبة ومتقطع . كما أن تسلسل الماضي والحاضر والمستقبل كان هو عينه التسلسل الكتابي للشخص[٢] .

وهنا نود الإشارة إلى شذوذ عدد من الحالات عن هذه القاعدة . وهذا الشذوذ يمكنه أن يعود إلى اختلاف الحضارات أو إلى طرافة وجدة التعبير الناجمتين عن قدرة إبداعية أو عن طريقة تفكير مرضية لأصحاب هذه الرسومات.

فيما يلي نعرض الرموز التي استعملها الأشخاص موضوع البحث للرمز إلى الوقت . وهي :

ـ تجريدات هندسية .

---

(٢) كما يحدث في الاختبار النفسي الاسقاطي المسمى باختبار بناء القرية ، والمقصود هنا بأن الإنسان الغربي يرسم الماضي إلى اليسار في حين يرسمه العربي إلى اليمين . مما يعني أن المنطقة الانبنائية للماضي لها رمزية وضعية إلى اليسار لدى الغربي وإلى اليمين لدى العربي .

ــ آلات قياس الوقت .
ــ الدورة التطورية للنبات . (بذرة ، نبات يافع ، ذبول) .
ــ الدورة الحيوية للإنسان . (طفولة ، نضج ، شيخوخة) .
ــ تعاقب الأدوار الاجتماعية .
ــ التطور الجماعي للحضارة الإنسانية في المجال التقني .

وفيما يلي نعرض نسب ظهور واستعمال هذه الرموز لدى الأشخاص موضوع البحث .

	رجال/نساء	طبيعي/مريض	فصامي/طبيعي أو مريض غير فصامي
تجريدات هندسية	-	-	١/٢
آلات الوقت	-	٢/١	١/٢
دورة النبات	-	-	-
دورة الإنسان	-	-	٣/١
الدور الاجتماعي	٢/١	-	-
التطور الإنساني	١/٢	٦/١	٣/١

وهذا الجدول يلخص النتائج التي توصلنا إليها عن طريق تطبيقنا لاختبار رسم الوقت . وفيه نلاحظ زيادة ميل المريض الفصامي لاستخدام التجريدات والأشكال الهندسية وآلات قياس الوقت . كما نلاحظ انخفاض ميله لمتابعة التطور الإنساني من حوله .

٢ ـ الإبـداع والاضطراب النفسي من خـلال تمثل الـوقت بالرسم(*) :

Prof. E. K. Moussong

كنا قد عـرضـنا في المؤتمـر العالمي السـادس للاضـطرابات النفـسية (الذي جرى في تركيا في العام ١٩٧٠) طـريقة غـاية في البـساطة يعبر من خلالها المريض ، عن طريق الرسـم ، عن تصوره لمبدأ مرور الوقت وانقضائه . وبمعنى آخر فإن رسـم الوقت يتيح للمـريض أن يجسد بشكـل نظري مفهـومه للمـاضي ، للحاضـر وللمستقبل[١] .

إن مجمـوعتنا الحـاضرة تضم أكثـر من ألف رسم للوقت تم الحصـول عليهـا بتـطبيق هـذا الاختبـار على الفئـات التـاليـة من الأشخاص :

أ ـ المرضى النفسيين من مختلف الفئات والتشخيصات .

ب ـ أشخاص عاديون .

ج ـ أطفال عاديون ممن تجاوزوا الـ ٦ ـ ٧ سنوات . ورسومات هؤلاء تشع بالجاذبية المميزة للطفولة .. ولدى تحليلنا لهذه الرسوم فـإننا سنجـد فيها نفس الـدوافع والاستنـادات التي نجدهـا لـدى البالغين .

ومن خلال تحليلنا لمجموعة الـرسوم التي حصلنـا عليها من

(*) Créativité et psychopatholigie : E. K. Moussong. Milano, Masson, 1980.

(١) أنظر كتاب البروفـور سامي علي : De La Projection - Payot - Paris: S. Alli.

خلال تجاربنا فإننا نستطيع تقسيم هذه الرسومات (تصورات الوقت) إلى فئات عدة هي :

١ ـ الأشكال الهندسية (خطوط ، دوائر ، متعرجات. . . إلخ) .

٢ ـ آلات قياس الوقت (ساعة رملية ، أو الكترونية أو عادية ، ساعة يد أو حائط. . . إلخ) .

٣ ـ الدورة الحيوية (طفولة ـ شباب ـ كهولة) ممثلة بالإنسان أو الحيوان أو النبات .

٤ ـ أدوات تمثل التطور الحضاري التقني .

٥ ـ وصف خصائص كل جيل على حدة أو وصف شخص ما يقوم بأدواره الاجتماعية المختلفة .

كما نلاحظ في هذه الرسومات اختلاف تصور المفحوصين لمبدأ المدة والديمومة . فبعضهم يعمد إلى تقطيع الرسم (كما الفيلم البطيء) . في حين يلجأ آخر إلى تمثل آفاق واسعة للوقت أبعد كثيراً من حدود الحياة الإنسانية . وهذا يرمز إلى أحداث هامة في تاريخ البشرية بحيث تترك هذه الأحداث صداها لفترة زمنية أبعد من حياة الشخص . كما تجدر الإشارة إلى أن عدداً لا بأس به من هذه الرسومات يبدأ بمشهد الحروب (الماضي) ولكن هذا الماضي الموحش لا يلبث وأن يخلي المكان أمام حاضر يتميز بأفكار إعادة البناء والتوازن[٢] . أما المستقبل فإنه يمتاز بالتحفظ بالنسبة لهؤلاء .

---

(٢) عندما يكون المريض أثناء العلاج في المستشفى فإنه يتقبل حاضره بصورة أفضل من المريض المعالج عيادياً .

وعلى سبيل المثال فإن أحد مرضاي الفرنسيين ، وهو شاب يعاني من حالة الفصام المراهقي ، يرى المستقبل على أنه كتاب أبيض مغلق لا يعرف المريض ما يمكن أن يحتويه هذا الكتاب الذي يمثل المستقبل (أنظر الصورة رقم ٣) .

من خلال هذا العرض الموجز أردنا أن نمهد لعرض بعض خصائص اختبار الوقت كما تثبتها تجربتنا في هذا المجال . ونلخص هذه الخصائص بالنقاط التالية :

أ ـ لا يمكننا تحديد بواعث ثابتة أو مميزة من شأنها أن تساعدنا للتفريق بين رسومات المرضى والأصحاء وأيضاً التفريق بين رسومات كل من الجنسين .

ب ـ إن الأنماط المتبعة في ترميز الوقت تكاد تكون مشتركة لدى مرضى ينتمون إلى حضارات ومجتمعات مختلفة . ومما يزيد في عنصر المفاجأة أن رسومات بعض هؤلاء تأتي لتعكس لغة تصويرية وتجسيدية موحدة بغض النظر عن عرق أو جنسية المريض أو لغته .

إلا أنه وبالرغم من هذه التطابقات والتشابهات ، بين هذه الرسوم ، فإن ذلك لا يعني غياب المظاهر المميزة التي تستحق تحليلها والوقوف عندها . وفيما يلي نود أن نعرض لتقييم الصفات الجمالية في هذه الرسوم . وفي هذا المجال لا بد من التنبيه إلى وجوب تجنب مبدأ تبسيط الأشياء والتسرع في تعميمها لأن ذلك يقودنا إلى مزالق غير مأمونة . فلا يحق لنا مثلاً أن نجزم بأن فقر أفكار تصور الوقت هو انعكاس مؤكد لوجود الاضطراب العقلي .

وها نحن نورد مثالاً معاكساً تماماً لمثل هذه الطريقة في تحليل اختبار الوقت . وهذا المثال يوضح لنا كيف أنه يمكن للمريض الذهاني أن يتوصل إلى نفس مستوى الدقة والإتقان الذي يتمتع به الشخص العادي (انظر الصورة ٤) . ولكي يتمكن الذهاني من عرض تصور متكامل للوقت (كما في هذا المثال) فلا بد له من الحفاظ على شخصية (ووظائف إدراكية) بمنأى عن التأثير المدمر الذي يمكن لبعض الأمراض العقلية إحداثه والصورة (٤) هي تصور رسام متخصص ، مصاب بالعظام، لمبدأ انهدار الوقت.

كما أنه من الخطأ بمكان أن نقيم جمالية تصور الوقت من خلال جمال الرسم (تقنية الرسم) لوحده . إذ أن هنالك جمالية الفكرة وجمالية التصور والتعبير عن الفكرة . وهذه القيمة الجمالية ـ الفكرية تزداد بازدياد عمق النظرة لرسم الوقت .

ونود الإشارة إلى أننا نادراً ما كنا نلاحظ استغلال المفحوص لمبدأ الفضاء في تصوره للوقت بصورة خلاقة تحافظ على نظرة تركيبية لتعاقب المراحل وحركتها . بحيث تظهر الحركات تعادل الضغوطات مع الحفاظ على التناسق . ومثل هذا الرسم غالباً ما نجده لدى الأشخاص الطبيعيين (نادراً جداً لدى المرضى) . أما المرضى فإنهم عامة ميالون لتسطير الدوافع التي يستندون إليها في تصورهم للوقت(٣) . وذلك بحيث يبدو تمثلهم للوقت أمام الناظر

(٣) في رأينا أن هذا التسطير هو انعكاس لحالة نكوص ـ تثبيت Regression - Fixation . مما يقرب المريض من إختلال التوازن النفسي ـ الجسدي ، وبالتالي من احتمالات ظهور الاضطرابات النفسية أو الجسدية . (المشرف).

وكأنه كتابة (أي جمل مترابطة على سطر واحد)[٤] . هذا ويعتبر Billig ، في مقاله «الطب النفسي والفن ـ بنية الفضاء في حالات الفصام» ، أن اقتراب الرسم من الخط القاعدي هو انعكاس لحالة نكوصية «ومحاولة أخيرة لترتيب الفضاء» . من جهتنا نعتبر أن الربط بين الدوافع وتمثيلها في خط قاعدي متتابع (أي على سطر واحد تقريباً) إضافة إلى رتابة التعبير إنما هي عوامل متأتية من طريقة الاختبار بحد ذاتها . فنحن عندما نطلب من المريض أن يقدم لنا صوراً مفهومة لتمثله للوقت فإننا إنما نجبره أو على الأقل نوحي له بالاقتراب من التعبير الكتابي أو الخط البياني المرسوم Pictogramc . وهكذا فإن هذا الإيحاء المباشر يستطيع أن يشرح لنا أزلية الرموز المستخدمة في رسم الوقت . هذا طبعاً دون تجاهلنا للتداخل المحتمل بين هذه الرموز وبين التصورات النموذجية المثالية (Archétype) .

والأشخاص الطبيعيون هم الأنجح في تخطي سذاجة البواعث . أو على الأقل فإنهم ينجحون في جمع هذه السذاجات بأسلوب خلاق . وهنا نشير إلى أن الفكرة الجيدة (لتصور الوقت) ترفع المستوى الفني للتعبير حتى ولو لم يكن الرسم دقيقاً وجميلاً . وعلى سبيل المثال فإن شاباً من مفحوصينا قد تصور الوقت على شكل رأس له ثلاثة وجوه . الأول ينظر إلى الأمام ويمثل الحاضر

---

(٤) حتى أن إحدى المريضات قد جرت عن تخيلها لمفهوم الوقت بكتابة أسماء الأشهر (انظر الصورة ٥) . وكانت هذه المريضة تشكو من اضطراب شخصية من النمط الفصامي . إضافة لبعض الاضطرابات النفس ـ جسدية .

ووجهان جانبيان . أحدهما ينظر إلى الماضي والآخر إلى المستقبل . وهكذا فقد اقترب هذا الشاب ، ودون أن يدري ، من فكرة الفنان الكبير «Titien» .

وهكذا فإن العنصر الإبداعي ، كما لاحظنا ، يختلف ويتميز عن التأثير الجمالي للرسم والمتمثل بتوازن وتناسق وتآلف التركيب البياني في الرسم . إذاً فالبحث عن العنصر الإبداعي يجب أن يتم عن طريق تحرينا للتحولات غير المنتظرة . وأحياناً في التغيرات المفاجئة ، إلى حد الصدمة ، المتعلقة بتغيير المنظور (Perspective) . وهذه التغيرات تتراوح بين النفور والاشمئزاز البسيط وبين الفضيحة(٥) . أي الطلاق التام بين الرمز والمرموز إليه . هذا ويرى Bruner، Mcpherson، Shapiro بأن العنصر الإبداعي هو عنصر أساسي في جمالية الإدهاش . وهو عنصر مساهم في إحداث التأثير التطهيري(٦) للأعمال الإبداعية .

وهنا يحضرني تمثل أحد المفحوصين للوقت على شكل أشخاص صغيري الحجم ، مضطربين ومستعجلين مثل النمل . ولكن ، وبالتناقض مع كل هذا الاستعجال لهؤلاء الأشخاص الصغار ، هنالك إشارة مكتوبة على طرف الرسمة تقول : «إنه الوقت الذي لا يمضي أبداً، إنه لا يتغير». مفحوص آخر أدهشنا

---

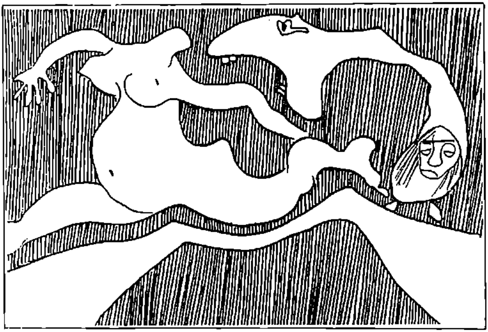
(٥) Rossalto، Wiart، Volmat : Technique de L'analyse Picturale، in Ann. med. Psy. 118 (1960)، 27.

(٦) التطهير Cátharâcthique : وهو مبدأ نفسي يهدف إلى تطهير الجهاز النفسي من الرضوض عن طريق دفع المريض لإعادة معايشة هذه الرضوض .

أيضاً حين رسم رأس شخص يضحك ضحكة سافرة وقد قطعته عقارب الساعة» . وتجدر الإشارة إلى أن هؤلاء المفحوصين لم يكونوا مرضى .

ولننتقل الآن إلى الكلام عن رسم الوقت لدى المرضى فنلاحظ أن هؤلاء يلجأون أحياناً ، ليس نادراً ، إلى استخدام تعابير ورموز قحة بشكل خاص لكي يعبروا لنا عن معايشتهم الذاتية للمرض . مثال ذلك مريضة بالفصام من النوع المراهقي تمثلت مرضها في الماضي «بسيارة صدمت شجرة» أما الحاضر فهو هادىء وصافٍ ومشرق وقد مثلته بفيل .

وإذا كان هذا التمثل ، بالرغم من غرابته ، غير مؤثر فإن تمثل أحد التلاميذ للوقت قد جلعنا نرتعش (انظر الصورة ١) .



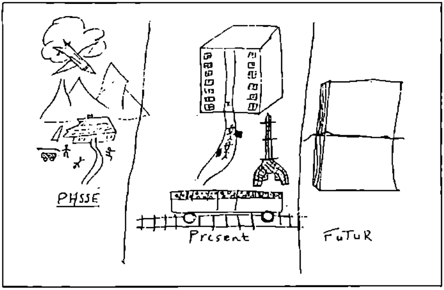
صورة رقم (١)

بالرغم من أن هذه الصورة تعبر عن انفعالات تعكس مفهوماً خاصاً للوقت يمتاز بالرهبة ، القلق ، الوحدة وتتجسد بتعبير فني يضفي على هذه المشاعر لمسة أزلية . والقيمة الجمالية لهذا التمثل للوقت إنما تكمن في تعقيد التعبير التشكيلي . ولكن هذا التعقيد لوحده غير كاف لإضفاء طابع الإبداع ما لم تكمن خلفه أحاسيس إبداعية . فإذا ما أخذنا مثلاً رسومات الوقت عند الفصاميين فإننا نرى بأنها تملأ فضاء الرسم بطريقة مميزة مع وجود بواعث غير مترابطة ومع إعطاء أهمية للكلمات أكثر مما تحمله من معاني .

كما نلاحظ بأن طريقة رسم هذه الصورة تجعلها تبدو وكأنها مؤلفة من مجموعة صور ملصقة وليس كأنها مرسومة . وكنا قد اختبرنا أيضاً تمثل الوقت عن طريق إلصاق الصور عوضاً عن الرسم . وبهذه الطريقة تمكنا من الحصول على تركيبات كثيرة الحركة ، غنية بالألوان ، ولكنها فقيرة بالرموز . بمعنى أن المفحوصين استخدموا في غالبيتهم رموزاً معروفة «أطفال ، شيوخ ، ربيع مزهر ، أطلال ، ساعة رملية . . . إلخ» . وفي هذه الملصقات فإن تطور الوقت هو الذي يحدد أقطاب ومرتكزات هذه التركيبات . كما في الصورة التالية :

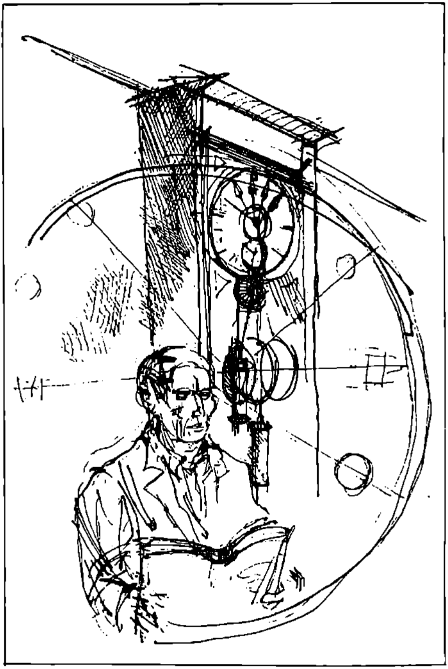


صورة رقم (٢)

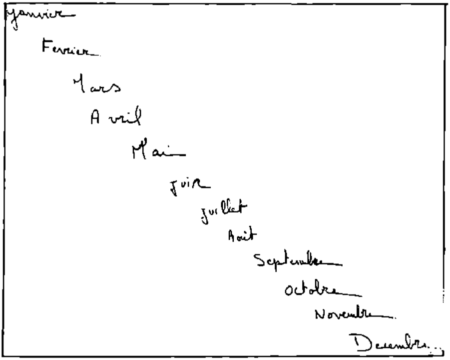


صورة رقم (٣)

صورة رقم (٤)



هذا الرسم لمريض عظامي ـ لاحظ تقنية الرسم الفائقة. فقد كان هذا المريض رسّاماً. ولكن هذه التقنية لا تستطيع إخفاء ضعف التمثّل والقساوة النفسية والفكرة الراكدة للرسم.



صورة رقم (٥)

الخلاصة :

من خلال فحصنا للقيمة الجمالية وللعنصر الإبداعي لتمثل مفهوم الوقت من خلال الرسم . لاحظنا أن المرضى العقليين لا يجيدون رسم هذه الصور ذات المنحى الفكري والمحتوى المجرد والذهني أكثر منه انفعالي ـ عاطفي . فالإبداع في تصوير مفهوم الوقت يقتضي ، إلى جانب الكمال التقني ، الخلق وغنى البواعث المستعملة والتعقيد وهي عوامل يفشل المرضى العقليون عن تحقيقها وذلك على عكس الرسومات التلقائية والعفوية التي يمكن لهؤلاء المرضى أن يتقنوها ويعطوها قيمة جمالية .

٣ ـ الساعة ـ الباعث في الفن ، الأحلام والاضطراب النفسي[1] :

Prof. E. K Moussong

تتناول البروفورة موسون في هذا البحث مدى ترداد ودلالات ظهور آلات قياس الوقت في اختبار رسم الوقت. والمؤلّفة تتابع دلالات الساعة ـ الباعث في التجارب الفنية، الصوفية، التحليلية والمرضية ـ النفسية. في هذا البحث تقول البروفورة موسون:

تظهر آلة ضبط الوقت ، سواء أكانت ساعة رملية أو ساعة حائط أو ساعة معصم أو ساعة برقاص ، بمثابة باعث نموذجي مبتذل أحياناً ، في التمثل التصويري لفكرة أو لمفهوم الوقت .

وكما سبقت الإشارة في دراساتنا السابقة ، المعروضة في هذا الكتاب ، فإن ظهور الساعة ، كباعث لتصوير الوقت ، هو أكثر حدوثاً لدى المرضى النفسيين منه لدى الأصحاء . فإذا ما أخذنا مثلاً مرضى الفصام (الشيزوفرينيا) لرأينا أن نسبة استخدامهم للساعة في رسم الوقت ترتفع لتصل إلى الأربعة أضعاف بالمقارنة مع رسوم الأصحاء للوقت.

ومن الملاحظ أن الأشخاص الخاضعين للتجارب يعمدون إلى توسيع معنى آلة ضبط الوقت بشكل ملحوظ . وذلك عن طريق

---

(١) The Clock - Motif in Art, Dreams and Psychopathology. E. Moussong in Transcultural aspects of psychiatric art, ed I. JAKAB.
Psychiaty and art, Vol. 4, PP 156 - 160 (Krazer, Basel 1975).

اتباعهم لمنحى رمزي بحيث يكثفون بواعث ورموز أخرى للوقت ويدمجوها جميعاً في الموضوع الرمزي الأساسي المتمثل بالساعة. وعلى سبيل المثال نرى أحد هؤلاء الأشخاص قد عمد للتعبير عن تقدم الجنس البشري نفسه من خلال عملية الإتمام الفني للساعة (صورة ١). هذا في حين يقوم شخص آخر بإسقاط آخر الحلقات البيولوجية للحياة البشرية على وجه الساعة (صورة ٢).

هذاوبإمكاننا أن نرى تعبيراً غنياً وتاماً عن المعنى الرمزي للساعة وذلك في رسومات عدد من مشاهير الفنانين، ولنأخذ مثلاً لوحة شاغال Chagall المشهورة والمسماة «جدول بدون ضفاف» وفيها نرى سمكة مجنحة تحمل ساعة ذات رقاص. وهذا الجدول هو «جدول الزمن» الذي عبره الرسام رجوعاً بشكل متكرر في مغاذيه معبراً من خلال ذلك عن توقه للماضي(٢).

أما ج. دو شيريكو G. de Chirico فيرى الزمن صلباً وذلك بحيث تصبح الساعة في إجمالها بمثابة عنصر تزيين في لوحاته الميتافيزيقية. هذا في حين تظهر ظلال التماثيل والأبنية كأنها عقارب ساعة شمسية ضخمة.

ونصل إلى سالفادور دالي Salvador Dali الذي يضع مجرى

---

(٢) إن تحليل اختيار الوقت يرد هذا الحنين للماضي إلى ميكانيكية النكوص. وهذا النكوص يتم إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو النفسي ويمكنه أن يدل على وجود تثبيتات في هذه المرحلة. وفي هذه الحالة فإن مثل هذا الرسم يمكنه أن يعكس اختلالاً بسيكوسوماتياً.

الزمن في قالب جامد وصادم عندما يصور ساعات متمورة (على شكل وحيدات الخلايا) ، لدنة وتقريباً مائعة . أما في الجانب الآخر فيجرد F. Picabia الآلية الجامدة للتروس من «ساعة المنبه» .

في هذا السياق لسنا بصدد القيام بمراجعة شاملة لمثل هذه الأعمال الفنية حيث تبدى بعض المظاهر البسيكوباتية وحيث تأتي الساعة ـ الباعث لتكون حافزاً للعديد من التعبيرات الإبداعية المفاجئة والمدهشة في غرابتها . وهكذا فإننا سنحصر بحثنا في دراسة بضعة حالات فقط . هذا وبإمكاننا أن نجد الساعة كباعث في مجموعات الفن البسيكوباتولوجية المعروضة في باريس عام ١٩٥٠ . وفيما يلي التعليقات المنشورة حول هذه المجموعات :

ـ الحالة ١٧٨ هي عبارة عن ساعة صنعت أرقامها من الجماجم . «Volmat 1955» .

ـ «الرقاص القضيبي بدون وجه الساعة» المتمثل في الحالة ١٧٧ وقد تناولها بالتحليل دراكوليدس Dracoulides

ـ في الرسومات المسماة بالهالة العابرة «Ephémère Aurélie» ، المقدمة من قبل Bader ١٩٧٠ ، يرى هذا المؤلف أن الساعة والرقاص يظهران كباعثين متكررين بالحاح شديد للتعبير عن القلق .

والحقيقة أن ضخامة الحقل الدلالي لهذا الموضوع السحري (المتمثل برسم الوقت ـ الساعة) يمكنها أن تتبدى في مجالات أخرى كمثل الأحلام ، التجارب الصوفية ، التجارب الهذيانية ،

وبشكل أكثر تحديداً في الظواهر الباثولوجية مثل الهذيان والهلوسة .

ومن هذه الأمثلة نذكر ما أورده فرويد (١٩١٧) عن الأحلام الإنذارية التي درسها Hildbrant معتبراً هذه الأحلام غير مناسبة للأهداف التحليلية . وفي هذه الأحلام يتحول رنين ساعة المنبه ، في بعض الأحيان ، إلى قرع أجراس . وفي حالات أخرى إلى رنين زحافة الجليد المنزلقة أو إلى أصوات تحطم الصحون وتكسرها. . . إلخ .

وفي أحلام المرضى المعانين من الاكتئاب نلاحظ تجسد الساعات الرملية الفارغة أو الوجوه الميتة للساعة بحيث تكون بمثابة نذر سوء (توقع الأسوأ) وتفسر كـ : لحظة الموت Momento Mori أو اللحظة الميتة . ونذكر في هذا المجال عبارة : «إن ساعات العالم قد فرغت» التي استخدمها شربير Sehreber في مذكراته الشهيرة (١٩٠٣) . وكان هذا الاستخدام بمعنى مجازي للتعبير عن إحساس شربير بالتدمير الاجتماعي(٣) .

ومن مرضى فرويد أيضاً نذكر حالة امرأة (١٩١١) تطابق بين والدها وبين فكرة الكرونومتر (آلة قياس الوقت) . وذلك انطلاقاً من

---

(٣) شربير هو أشهر مرضى العظام (البارانويا) في التاريخ . ولقد استخدم فرويد هذه الحالة لشرح وجهة النظر التحليلية ـ النفسية من البارانويا ، ومن خلال تجاربنا الشخصية في هذا المجال واستناداً إلى دراسات Minkowiski نستطيع القول بأن مفهوم الوقت بالنسبة للعظامي يقسم إلى ماضي فيه العظمة والظلم وحاضر يتجمد فيه الزمن ومستقبل يرجى منه آمال وطموحات غير واقعية وغير موضوعية .

ترابط صوتي ـ لساني بسيط[٤] . ذلك أن كلمة الجد بالألمانية هي Urmensch في حين أن كلمة الرجل الساعة هي Uhrmensch . هذا وكان فرويد قد اعتبر أن وراء هذه المقارنة ، السطحية ظاهرياً ، هنالك موقف عدائي ـ انتقادي موجه ضد الصرامة عديمة الرحمة للسلوك الأبوي . وفي تفسيره لأحلام أخرى عمد فرويد لاستخدام المقارنة الوظيفية للربط بين الدورات الحيضية (العادة الشهرية) وبين وظيفة ضبط الوقت التي تؤديها الساعة . ومن هنا يأتي اعتبار فرويد للساعة بمثابة رمز جنسي أنثوي . ومن هذا المنطلق فسر فرويد التصرفات القهرية لإحدى مريضاته الشابات (كانت تزيل بعناية كل أثر للساعات ولأواني الزهور في غرفتها وذلك قبيل النوم) على أنها عوارض للرهاب (الخواف أو الفوبيا) النسوي .

أما مايرنك Meyrink فإن الكرونومتر ظهر في إحدى تجاربه الصوفية في سياق ما ورائي محتفظاً بوظيفته الأصلية في الإشارة للوقت . وعندما كان مايرنك يتساءل كم كان الوقت متأخراً كانت ساعة عملاقة مذهلة تظهر في السماء لتدل على أن الساعة كانت الثانية إلا إثني عشرة دقيقة تماماً .

كما أن العديد من الأعمال الأدبية تعمد إلى تمثيل الإنسان بساعة آلية . كمثل أولمبيا في حكايات هوفمان أو كمثل كوبيليا .

---

(٤) على أساس هذا الترابط اللساني الذي يمكنه أن ينشأ بين الكلمات بنى المحلل الفرنسي J. Lacan نظريته المتمحورة حول أهمية هذه الترابطات في تحوير الحلم وإمكانية تفسيره بوضوح أكبر لدى اكتشافنا لهذه الارتباطات المحتملة .

ولدينا في مجموعتنا لرسم الوقت نماذج مختلفة عن ساعات حية متحركة وأكثر من ذلك راكضة لاهثة . ومنها الساعة المستخدمة كرمز للوقت الضاغط على طالب يستعد للامتحانات (الصورة ٣) .

ومن تجاربنا أيضاً نذكر حالة امرأة في السابعة والخمسين من العمر تعاني من حالة تشويش شبيهة بالهذيان . وهي ناجمة عن الإفراط في تعاطي الكحول . وبعد فترة ما قبل هذيانية - Pre Delirium ، مصاحبة بعوارض وأفكار هوسية وقلق وانخفاض وزن وأرق ، أفاقت هذه المريضة ذات ليلة بشكل مفاجيء عندما هُيأ لها أن الساعة قد نادتها بصوت زوجها المتوفي . وسألتها الساعة إذا كانت لا تزال تحبه ثم أخذت الساعة تصدر أوامرها لمريضتنا . ومن هذه الأوامر : «أحرقي مخدتك وغادري البيت لأن عنقك سوف يقطع وكذلك ذراعاك!» . فما كان من المريضة إلا وأن رمت مخدتها في الموقد وركضت خارج البيت بعدما تهيأ لها أن الجدران تتحرك وتكاد تتداعى عليها وألسِنَة اللّهب تتصاعد من السطح في حين تتراقص الساحرات والشياطين هناك . وفي لحظة خروجها من المنزل استعادت الساعة وظيفتها في الإشارة إلى الوقت ودقت معلنة منتصف الليل تماماً . الوقت الذي جرت فيه هذه الأحداث ـ الهلوسات .

ونحن إذا ما قمنا بتطبيق مفهوم شيلدر (١٩١٨) Schilder على هذه الحالة نرى بأن تحول الساعة إلى شيء سحري لا يمثل فقط صوت الزوج المتوفي وحركاته بل إنه يمثل أيضاً المبدأ النفي القائل بأن الجزء سابق للكل (Pars Pro Toto) المتطابق كلياً مع

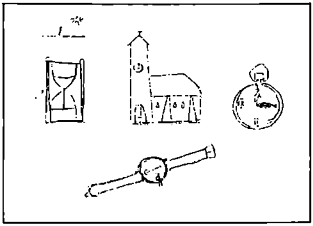
الشخص . وحالة هذه المريضة تشبه إلى حد بعيد حالة ذكرها Jakab - 1956 . وهي حالة رجل في حالة هذيان حاد رسم لوحة كانت ساعة الحائط فيها تؤمن الباعث المطلق لأوهام مرضية تظهر على شكل وحوش مرعبة .

وهنا نود الإشارة إلى معنى ، جديد كل الجدة ، للساعة . هذا المعنى الذى ينعكس من خلال التجارب المرضية لإحدى مريضاتنا الفصاميات . إذ بينما كانت هذه المريضة في حالة تأمل ، حول مسألة وجود اللّه ، سمعت فجأة صوتاً يأمرها بالنظر إلى الساعة المعلقة في الحائط . وقد أدى ذلك إلى اضطرابها التام فرأت عقارب الساعة تتحرك في الاتجاه المعاكس . فما كان منها إلا وأن فسرت ذلك على أنه : «دليل رائع على وجود اللّه» .

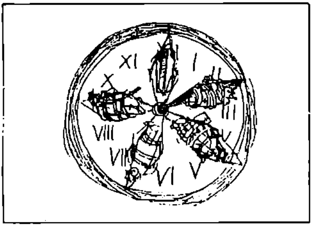
كما أن مريضة فصامية أخرى . من مرضانا ، كانت تعتبر أن الساعة تمثل نظام الأشياء الذي لا يتغير كما تمثل القانون . وكانت تقول : «مع مرور الزمن أصبحت الوصايا العشرة قوانين إنسانية والحمد للّه» . وهكذا فإننا عندما طلبنا منها رسم مفهومها للوقت رسمت ساعة بين الواح الوصايا العشرة (صورة ٤) .

وأخيراً فإن هنالك العديد من الأمثلة عن تعددية معاني الساعة تعددية تصح في ثقافات مختلفة . ومن هذه المعاني : «الساعة كجهاز ثقافي معقد» وفق مفهوم باشلار Bachelard . إذ يمكن أن تكون لها معاني عدة . كأن تكون رمزاً للانضباط والنظام والقانون أو رمزاً للقدر . كما يمكن للساعة أن ترمز إلى تحول الإنسان إلى آلة أو على العكس يمكن تفسير صوت الساعة كصوت الإنسان أو كروح

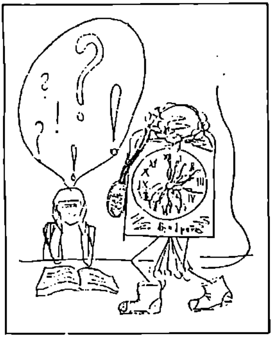
الأشياء . كما يمكن للساعة أن ترمز إلى دورية الإيقاع الحيضي في حين يمكن لرقاص الساعة أن يتبدى كرمز قضيبي .



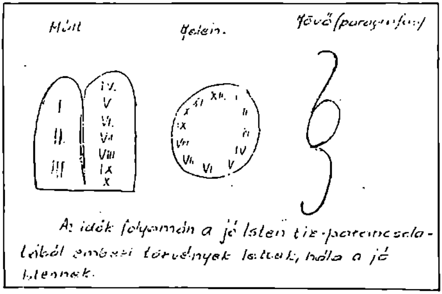
صورة ١ : تمثيل بياني لمفهوم الوقت (شاب سليم) .



صورة ٢ : مفهوم الوقت (شاب سليم ـ طالب فنون جميلة) .



صورة ٣ : الوقت الضاغط (طالب طب أثناء فترة الامتحانات) .



صورة ٤ : الوقت ـ الساعة رمز للقانون (شابة فصامية)

٤ ـ القلق والانهيار في تصور المستقبل[١] :

البروفسورة إليزابيث موسون

تطرح مظاهر القلق والانهيار ، المتبدية في أعمال المرضى النفسيين ، سؤالاً ملحاً مفاده : هل المرض والإصابة به هي ضرورة ملحة لظهور هذه العلائم ؟ وإلى أي مدى ؟ .

إننا إذا ما بحثنا في وضعية مقارنة ، تستتبع معها مشاعر القلق واليأس ، فإننا نلاحظ دون أدنى شك أن تخيل المستقبل (الناجم عن هذه الوضعية) جدير لوحده كي يجلب الهم والكرب لغالبية الناس المتعرضين لمثل هذه الوضعية . وهكذا فإننا لا نستطيع أن ننفي واقعة أن وعينا لحدودنا الزمنية من شأنه عامة توليد مشاعر الأسف والحزن لدينا . إلا أن التفكير الوجودي في هذا المستقبل يحمل معه مجموعة غنية من المتغيرات وذلك بحيث يختلف تصور المستقبل باختلاف نظرتنا وطريقة تناولنا لهذا المستقبل بالتفكير . فالبعض يملكون أواليات دفاعية قوية تساعدهم على التحكم في مصائرهم . في حين يخضع البعض الآخر للإحباط وينغمس في حالة من اليأس العميق .

ولكي نوضح هذه الإشكاليات ، بطريقة شبه تجريبية ، وجب علينا أن نجد طريقة تدفع بالشخص إلى مثل هذه الوضعية التي تستفز خيال الشخص ومعه مشاعر القلق واليأس . ولقد اختبرنا

---

(١) Angoisse et dépression dans les images de l'avenir. E. K. Moussong. Congrès International de SIPE - Besanc,on. 1987.

اختباراً نفسياً غاية في البساطة لدفع الشخص إلى هذه الوضعية ، ويتمثل هذا الاختبار بالطلب إلى الشخص أن يقوم بتصوير المستقبل (أي أن يرسم الشخص تصوره للمستقبل بشكل مفهوم وأن يقوم بشرح هذا التصور ورسمه) . وتوجه للمفحوص التعليمات التالية :

«أرسم رسماً يمثل تصورك لجريان الوقت ومضيه ، في الماضي والحاضر والمستقبل ، وذلك بشكل مفهوم» .

وكنا قد عرضنا هذا الاختبار «للمرة الأولى في العام ١٩٧٠ إبان مؤتمر الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي المنعقد في استانبول في ذلك العام[٢] . وبالرغم من التطويرات العديدة المدخلة على هذا الاختبار ، من حينه ولغاية الآن ، فإننا نقر بأنه يشكل وسيلة متواضعة نسبياً لدراسة المفهوم الزماني والدافع المقارن كما هي دراسات هيتين Huttin المجراة في لوڤان ـ بلجيكا .

وهكذا فإنني وفي إطار هذا البحث أود التركيز على المرحلة الزمنية الخاصة بالمستقبل . وذلك من خلال تجربتي في هذا المجال واستناداً إلى مجموعة الرسوم التي قمنا بتجميعها طيلة هذه الفترة . وفيما يلي سنقوم بتوضيح وإبراز مظاهر كل من القلق والانهيار في رسوم المستقبل . كما سنركز على علائم الكآبة والاضطراب المهيمنة على فكرة وروح بعض هذه الرسومات . وكما سنلاحظ فإن تحليل البنية الأساسية لهذه الرسوم والتمثلات الزمانية هو تحليل من شأنه أن يتيح لنا مناقشة مجموعة من النقاط فائقة

---

(٢) انظر محاضرة استانبول في هذا الفصل . ص ٢٣ .

الأهمية . وذلك مثل :

١ ـ ما هو تأثير اختلاف الثقافات والحضارات في العلائم المتعارف عليها . كمثل الأشجار العارية من أوراقها ، الزهور الذابلة ، الصليب. . . إلخ .

٢ ـ هل هذه العلائم ، رموز الكآبة والخضوع واليأس ، هي علائم يقتصر ظهورها على رسومات المعانين من الانهيار والقلق ؟ أم يتعدى ظهورها هؤلاء إلى غيره من الأشخاص ؟ .

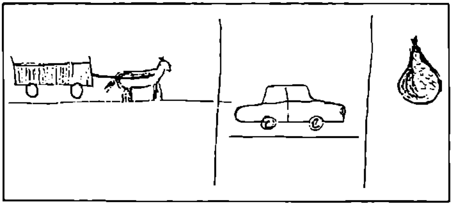
٣ ـ ما هي القيم والمواقف الأساسية أمام القيم المعكوسة من خلال المجموعة الفنية والصور المتعددة لتمثل المستقبل ؟ .

٤ ـ هل نستطيع ومن خلال اختبار في مثل هذه البساطة تحديد مدى تحمل أو حساسية شخص ما للمضي المفزع لدولاب الزمن ؟ وبالتالي هل يستطيع مثل هذا الاختبار أن يحدد مدى مقاومة شخص ما أو مدى استعداده لمواجهة مشاعر اليأس والقلق ؟ .

بعد هذه التوطئة نعمد إلى عرض هذه الأفكار ومحاولات الإجابة عليها من خلال بعض الرسومات من ضمن مجموعتنا .

الحالة الأولى : طالب قبرصي تمحور تمثله للمستقبل بأفكار الإنسان المعاصر ، وترقبه للوقت ، المتمحورة حول انزعاجه من المستقبل وعدم ارتياحه لهذا المستقبل . إنها القنبلة الذرية التي قد تضع نهاية للتطور الحضاري معيدة الإنسانية إلى عصور ما قبل التاريخ .

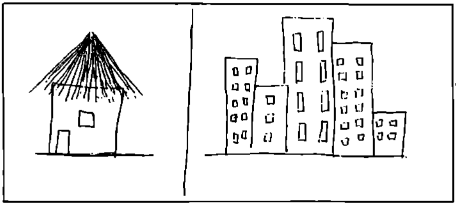
وذلك على غرار ما تنبأ به عالم السلالات لورنز (Lorenz) حول مسألة التراجع الانحطاطي للإنسان . وهنا أود التركيز على شمولية ومعاصرة هذه الفكرة بالرغم من مضي أكثر من عشرة سنوات على رسمها . ومثل هذ الفكرة والتمثل للمستقبل لا تزال تتردد في رسوم مرضانا . فالإرصان المفصل للتطور التقني يدفعنا إلى افتراض القيمة التي يمكن تعليقها على الحضارة المعاصرة .



صورة (١)

الحالة الثانية : يتمثل هذا المريض الوقت بطريقة متفائلة بل ربما طوباوية حول مسألة التطور الإنساني . وهذه الفكرة نفسها نجدها لدى طالب من كوبا . (انظر الصورة ٢).

الحالة الثالثة : «انظر الطالب الكوبي في الفقرة السابقة» . (انظر الصورة ٣).



صورة (٢)



صورة (٣)

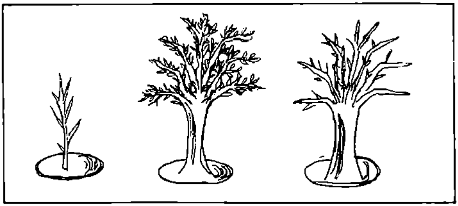
الحالة الرابعة : وتمثل هذه الحالة دورية الأحداث والفكرة الأزلية للرجوع اللتان تقدمان إمكانية تبصر ما بعد الوجود الذاتي . وتنعكس هذه الدورية بأشكال عديدة . وهذه الحالة هي مثال على ذلك من خلال رمزها للدورية عن طريق رسم تعاقب الأجيال .



صورة (٤)

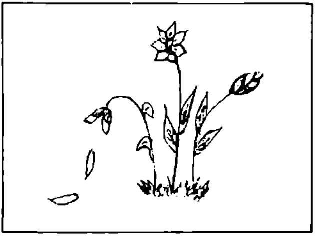
وترمز هذه الصورة إلى تعاقب الأجيال إضافة للأدوار العائلية والاجتماعية. ولم ينسى الشخص رسم القبور التي لم يعكر وجودها صفاء الصورة وفكرتها.

الحالة الخامسة : وتعكس الفكرة السابقة (دورية الأحداث + أزلية الرجوع) وقد عبر عنها عن طريق الأشجار .



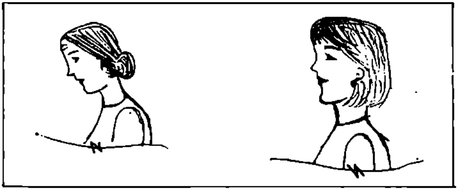
صورة (٥)

الحالة السادسة : وتعكس الفكرة السابقة أيضاً ، ولكن عن طريق رسم الزهور . وفي هذه الصورة نلاحظ القبول والخضوع للذبول المستقبلي الذي لا يمكن تجنبه .

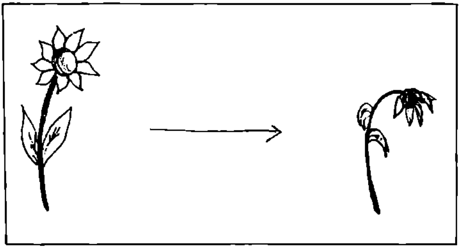


صورة (٦)

الحالات السابعة والثامنة : في هذه الحالات نرى بأن المستقبل لا يحمل معه أي ضمانة أو عزاء للشخص النرجسي . مثل هذا الشخص يكون عادة متألماً من حتمية فقدانه للشباب ، الجمال والقوة (أنظر الصور) .



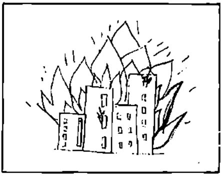
صورة (٧)



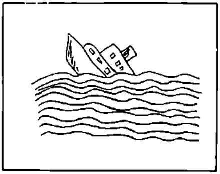
صورة (٨)

الحالة التاسعة : إن ظهور علائم القلق والانهيار المتطورة غالباً ما تتبدى في تمثل الوقت الحاضر . مثل صورة المرأة الساقطة في الماء والمحتاجة إلى نجدة ملحة بأسرع وقت ممكن (رسمها مريض انهيار متطور) .

الحالة العاشرة : إن أفكار الكارثة المنعكسة في رسم الوقت إنما ترمز إلى الاضطراب النفسي وإلى كيفية معايشة المريض له. وأيضاً جهوده لمقاومته .

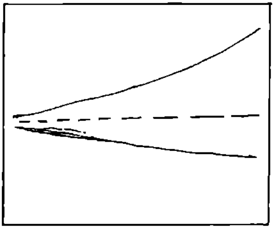


صورة (٩)

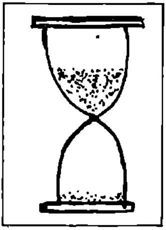


صورة (١٠)

الحالة الحادية عشرة والثانية عشرة : إلّا أن غياب صعوبات التكيف والمظاهر العيادية للقلق والانهيار لا يعني أبداً غياب رسم الوقت من علائمهما . وهذا ما نلاحظه في هاتين الصورتين لأشخاص طبيعيين تماماً .

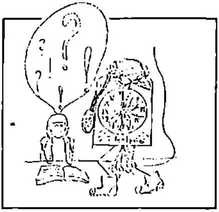


صورة (١١)

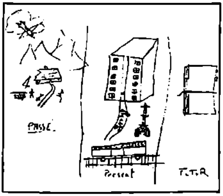


صورة (١٢)

الحالة الثالثة عشرة: إن نقص منظور الشخص للوقت يمكنه أن يترجم بغياب تمثل المستقبل أو بعدم وضوحه . كأن يرمز للمستقبل بعلائم الاستفهام .



صورة (١٣)

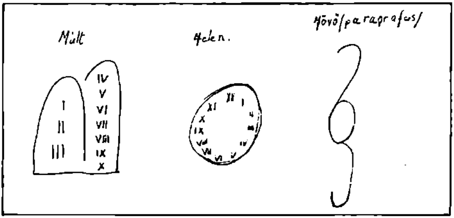


صورة (١٤)

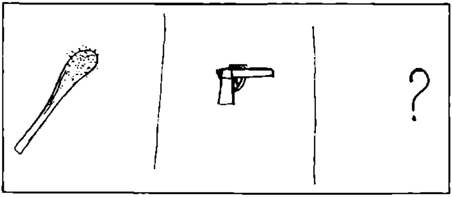
الحالة الرابعة عشرة: ينعكس غموض المستقبل في هذه الصورة بكتاب ذو صفحات بيضاء .

الحالة الخامسة عشرة: في بعض الرسومات يبدو الوقت وكأنه مجمد . فالعزلة والوحدة تبدوان وكأنهما من غير نهاية . ونلاحظ هذا الإحساس لدى مريض منهار من كوبا .

الحالة السادسة عشرة: الحالة السابقة نفسها من خلال رسم مريض مجري .



صورة (١٥)



صورة (١٦)

في النهاية نقول بأن رموز الوقت المتجسدة في رسومات المرضى العقليين هي أقل غنىً منها لدى الأشخاص الطبيعيين المنهمكين بالأبعاد الزمانية لحياتهم . هذا الانهماك المميز للإنسان المعاصر ، ولكن لهذه القاعدة بعض الشواذات . فأحد مرضانا (محامي ورسام محترف) رسم عند انتهاء معاناته لحالة انهيارية مجموعة حقيقية لرموز الوقت وآلات قياسه.

مما تقدم نستطيع أن نستخلص بأن تمثل مفهوم الوقت ، وبخاصة تمثل المستقبل ، من شأنه أن يحرك المشاعر الانهيارية والقلقة المتجمدة (أو المقنعة) . إلا أن تصور المستقبل من شأنه أيضاً أن يظهر أحاسيس إيجابية ومواقف مساعدة ومشجعة لتحقيق القيم . والرموز المستعملة في هذه التمثلات هي رموز مشتركة بين مختلف الحضارات (انظر المقارنة بين الكوبي ، الفرنسي والمجري) . وأخيراً فإن أياً من هذه الرموز ليس مرضياً بحد ذاته ، ذلك أن العلائم المرضية تستخلص من روح الرسم ، فكرته وتعليق الشخص حوله .

٥ ـ اختبار رسم الوقت وتطبيقه في البسيكوسوماتيك (١) :

د . محمد أحمد نابلسي

في مؤلفه «الهذيان والأحلام في رواية جراديڤا» كان فرويد أول الداعين إلى تحليل الأعمال الفنية على غرار تحليل الأحلام . وكان هذا الاقتراح الأساس الذي قامت عليه فيما بعد الاختبارات النفسية المعروفة بالإسقاطية . وقد مضى زمن غير يسير على تطبيق هذه الاختبارات في مجال الطب النفسي ـ الجسدي (البسيكوسوماتيك) . ونركز في هذا المجال على أعمال البروفسورة نينا روش دو تروبينبيرغ المتعلقة بتطبيق اختباري رورزشاخ وتفهم الموضوع في ميدان البسيكوسوماتيك .

ولعل متسائل لماذا الإصرار على إدخال اختبار رسم الوقت في البسيكوسوماتيك بعد نجاح تطبيق الاختبارين المذكورين أعلاه ؟ . وللإجابة على هذا السؤال نقول بأن اختبار رسم الوقت يمتاز بالصفات التالية :

١ ـ البساطة : إذ يطلب من المريض أن يرسم تصوره للوقت (ورقة + قلم رصاص) .

٢ ـ إنه لا يهيج اللاوعي : إذ أن تهييج اللاوعي من شأنه أن يؤدي لظهور الاختلال النفسي ـ الجسدي (انتكاسة نفسية أو

---

(١) Le Dessin dans la Clinique Psychologique, M. Naboulsi, conference à L'Association Hongroise de psychiatrie, 1988.

Le Test du Temps en Psychosomatique, M. Naboulsi, I.P.S.O, et intistut National de Cancer, 1988.

جسدية) بحسب رأي البروفسور مارتي .

٣ ـ إنه يعكس التوازن النفسي ـ الجسدي للمريض . ذلك أن تمثل الوقت يتضمن الرمز إلى الماضي (غريزة الموت) ، الحاضر (الحياة العملية) والمستقبل (غريزة الحياة) . وهكذا بحيث يعكس لنا رسم الوقت التوازن بين غريزتي الموت والحياة لدى الشخص .

٤ ـ إن تمثل الحاضر ورموزه تعطينا فكرة عن الاقتصاد النفسي ـ الجسدي وعن الحياة العملياتية للمفحوص .

على أن استخدام هذا الاختبار وتطبيقه يقتضيان تعرف الفاحص إلى مبادىء الاقتصاد النفسي ـ الجسدي وتحديداً إطلاعه على المؤلفات التالية[٢] : ١ ـ الحركات الفردية لغريزتي الموت والحياة ، ٢ ـ التوازن النفسي ـ الجسدي ، ٣ ـ الحلم والمرض النفسي والنفسوي وكلها للبروفسور بيار مارتي . ٤ ـ مبادىء التنظيم النفسي ـ الجسدي ، ٥ ـ الإسقاط (البروفسور سامي علي)، ٦ ـ الوقت المعاش (ي . مينكوفيسكي) ، ٧ ـ الفحص البسيكوسوماتي (دو ميزان ، مارتي ، داڤيد) .

التطبيق :

إن تطبيقنا لاختبار رسم الوقت هو تطبيق يعتمد إلى مبادىء المدرسة البارسية للبسيكوسوماتيك وفيما يلي نورد مختصراً لهذه المبادىء :

---

(٢) ترجم مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية معظم هذه الدراسات إلى اللغة العربية ونشرها .

١ ـ **الأعصبة البسيكوسوماتية** :

وتسمى أيضاً بالأعصبة اللانمطية أو الراهنة . وقد سبق لفرويد التعرض لها في مناسبات عدة . ولكن دون أن يتعمق فيها . خاصة وأنه تجنب دائماً الاصطدام بالصخرة البيولوجية (كما كان يسميها) . وكان للمدرسة الباريسية الفضل في إعادة البحث والطرح لهذه الأعصبة . وهذه المدرسة تقسم الأعصبة البسيكوسوماتية إلى :

أ ـ **الأعصبة الطبائعية** : تضم الأشخاص الذين يعانون من عدم الانتظام والتناسق الوظيفي لجهازهم النفسي . مع وجود علائم عصابية وطبائعية تختلف بدرجتها من حالة لأخرى . مما دفع بهذه المدرسة لتقسيم هذه الأعصبة إلى : جيدة التعقيل ، غير مؤكدة التعقيل وسيئة التعقيل . وعلى أية حال فإن عدم التناسق الوظيفي المميز لهذه الأعصبة يجعل من المصابين بها أقل قدرة على تحمل الرضوض والصدمات العاطفية .

ب ـ **الأعصبة السلوكية** : وتضم أولئك الأشخاص الذين لم تتوطد وظائفهم النفسية في يوم من الأيام . وهؤلاء الأشخاص يتعودون أن يعيشوا غرائزهم مباشرة ودون أن يخضعوا أفعالهم للتعقيل .

٢ ـ **الأحلام البسيكوسوماتية** :

يقسم البروفور مارتي أنماط الحياة الحلمية لدى المرضى النفس ـ جسديين إلى :

أ ـ **الأحلام العملياتية** : وتعكس هذه الأحلام مشاهداً من الحياة

اليومية ـ العملية للحالم . وفي حالة اختبار رسم الوقت ، فإن مبدأ التفكير العملياتي ينعكس من خلال هيمنة الحاضر على الرسم ومن خلال سيطرة التفكير الرتيب في الوقت .

ب ـ **الأحلام التكرارية** : وهي الأحلام المتكررة في شكلها وفي فكرتها ، وتنعكس هذه الأحلام في رسم الوقت من خلال هيمنة فكرة معينة على التمثل العام للوقت .

ج ـ **الأحلام الفظة** : وهي تلك المحتوية على تمثلات عنيفة ، نسبياً بدائية ، وتتبدى في رسم الوقت عن طريق هيمنة الرغبات المتركزة في تمثل المستقبل . وبدوره فإن الماضي يحتوي هذه الرغبات ويعبر عنها ولكن بطريقة أقل عنفاً وأكثر بساطة .

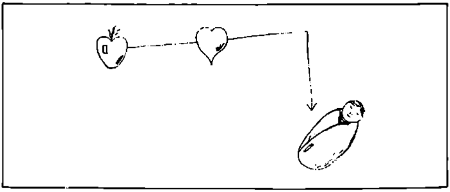
د ـ **غياب الأحلام** : وتنعكس هذه في اختبار رسم الوقت عن طريق لجوء المفحوص إلى الاستعانة بقوالب ورموز جاهزة وعامة لتمثل الوقت (مثل الساعة ، الساعة الرملية ، ساعة اليد . . . إلخ) .

٣ ـ الصعوبات الإسقاطية :

عندما نتحدث عن الإسقاط والاختبارات الإسقاطية فإننا نجد أنفسنا عاجزين عن إهمال أعمال ومساهمات البروفسور سامي علي في هذا المجال . وبخاصة عندما نتكلم عن الاستخدام البسيكوسوماتي للاختبارات الإسقاطية . فهذا المؤلف هو واحد من أهم البسيكوسوماتيين المعاصرين . وهو قد ركز جهوده على دراسة العلاقة بين الاضطراب النفسي ـ الجسدي وبين القدرة الإسقاطية للمريض . وقد عالج في مؤلفاته الروابط ما بين التوازن النفسي ـ

الجـــدي وبين المكان . وذلك عن طريق معالجته للروابط ما بين المبادىء الإسقاطية وبين ما قبـل الوعي وبعض الأحـلام ومظاهـر النقلة وتمثلات المكان(٣) من جهة أخرى . وهذه الروابط تبـدى جلية واضحة من خلال اختبار رسم الوقت .

ونلفت النظر إلى أن البروفسور علي يعتبر أن نقص إدراك البعد الثالث هو نقص يشكل نقطة تثبيت بسيكوسوماتية نجدها بشكـل خاص لدى الأشخاص الذين يعيشون حياة عملياتية مقترنة بحسن التعقيل . ولكن هذا التعقيل يكون غاية في التجريد ولا يأخذ البعد الثالث بعين الاعتبار ، وفي سبيل إيضاح هـذه المباديء والأفكـار يسـرنا إيراد هذه المثال من تجربتا الخاصة . وهذه الحالة هي حالة المـريضـة الهنغـاريـة «أنـدريـا» التي عـرضنـاهـا في مؤتمـر الـ Somatothérapie ـ باريس في هذه السنة ، وقد رسمت المريضة الوقت على النحو التالي :



صورة (١)

(٣) إن رسم الوقت يعني تحويل مبدأ الزمان ومفهومه إلى شكل مكاني . وهكذا فإن هذا الاختبار صالح لتبين الصعوبات الاسقاطية وتمثلات المكان لدى المفحوص .

وهذه المريضة تبلغ الواحدة والعشرين وتشكو من : حَوَل خلقي ، إمساك مزمن ، تعرضت لعدة جراحات ويشك بإمكانية تعرضها للإصابة بالسرطان .

ونحن إذ نحلل هذا الرسم انطلاقاً من النظرية الإسقاطية لسامي علي فإننا نجد رابطاً بين نقص القدرة الإسقاطية التي نلاحظها في الرسم (لم تستطع المريضة أن تناسب حجم الرسم مما اضطرها إلى استعمال السهم ومساحة جديدة تعادل السطر الثاني) وبين إصابتها بحول في عينيها . ومن ثم فإن هنالك رابطاً بين غياب البعد الثالث عن الرسم وبين شكاويها الجسدية . وهذه النواقص الإسقاطية تعكس نقاط تثبيت بسيكوسوماتية . من شأنها أن تطرح علينا إشكالية الزمان ـ المكان وإدراك المريض لها من خلال إدراكه لجسده .

وبمعنى آخر فإن هذه النواقص تعكس نقصاً في . راك المريضة لجسدها . ومن هنا نجاح طريقة «العلاج النفسي بالحركة» Mouvement Therapie «أنظر شريط الفيديو المعروض في المؤتمر الدولي للعلاج النفسي ـ الجسدي، باريس ١٩٨٨، نابلسي، ريشكو . التوماري» (Risko. A. Altomare., Naboulsi. M).

وإذا كنا في مجال الحديث عن تطبيق اختبار رسم الوقت في مجال البسيكوسوماتيك فإنه من الضروري التذكير بتصنيف المدرسة الباريسية للأمراض البسيكوسوماتية .

٤ ـ التصنيف البسيكوسوماتي :

يحتوي هذا التصنيف عاملين أساسيين :

١ ـ التصنيف الطبي ـ الجسدي التقليدي .

٢ ـ والتصنيف النفسي ـ الجسدي أو السيكوسوماتي . ويعتمد هذا الأخير على العوامل الآتية :

أ ـ **البنية الأساسية** : وتتيح استخراج دلالة واحدة لكل مريض . ويمكنها أن تكون :

- عصاب تقليدي (عقلي) .
- عصاب طبائعي .
- عصاب سلوكي .
- غيرها .

ب ـ الخصائص الاعتيادية المهيمنة .

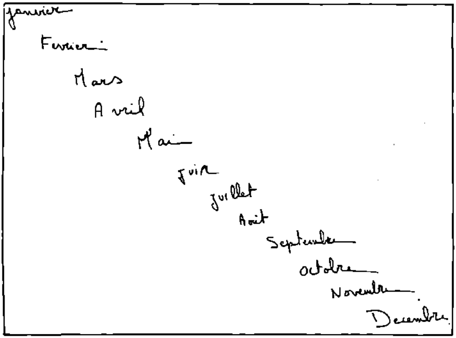
ج ـ الخصائص الحالية المهيمنة .

د ـ تغيرات الطبع والسلوك عقب العلاج النفسي .

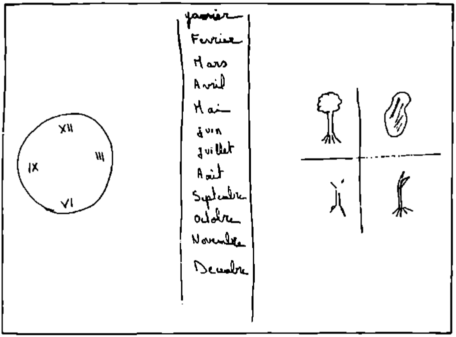
مثال تطبيقي :

قبل أن نعرض اقتراحنا لاستخراج النتائج السيكوسوماتية لاختبار الوقت نود أن نعطي مثالاً تطبيقياً متمثلاً برسمين للمريضة هايناكا تمثل فيهما الوقت .

تبلغ هذه المريضة التاسعة عشرة من عمرها وتعاني من التهاب الإمعاء التقرحي أو مرض كرون . وقد رسمت الصورة الأولى قبل بدء العلاج النفسي والصورة الثانية بعد شهرين من العلاج النفسي بالحركة .


Janvier
Fevrier
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Decembre

صورة (٢)


XII
III
VI
IX
Janvier
Fevrier
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Decembre

صورة (٣)

لنستعرض الآن الصورة الأولى ونتناولها بالتحليل . ألا يعكس هذا التمثل للوقت تفكيراً عملياتياً ، جامداً ، قياسياً ، دورياً ، تكرارياً ، ونكوصياً ؟ إن هذه الصفات واضحة جلية في هذه الصورة .

أما الصورة الثانية فهي تعكس تحسناً واضحاً للتوازن النفسي - الجسدي ، وبالتالي فهي تعكس تحسناً واضحاً في تنظيم جهاز ما قبل الوعي . جدير بالإشارة هنا إلى أن العلاج النفسي قد أدى إلى تحسن الحياة الحلمية للمريضة بحيث بدأت أحلامها بالظهور . ولنعد إلى الصورة فنلاحظ أنها تعكس تطوراً ملحوظاً في تحسن القدرة الإسقاطية للمريضة بما في ذلك قدرة مريضتنا على التمثل والتجريد (دليل تحسن ما قبل الوعي) . وعليه فإن هذه الصورة دليل على تحسن قدرة التعقيل لدى المريضة وارتفاعه إلى مستوى أرقى .

وجدير بالذكر بأن هذه التطورات النفسية قد ترافقت بتحسن ملحوظ في الحالة الجسدية للمريضة .

يبقى علينا مناقشة ناحية مهمة وهي تلك المتعلقة بـ عقدة الخصاء . إذ نلاحظ أن مريضتنا قد رسمت الساعة بدون عقارب . وهنا تحضرنا ملاحظة من ملاحظات مارتي : «يجب ألا نهيج اللاوعي حتى نمنع تردي المريض في اختلال تنظيمي - بسيكوسوماتي من جديد» . وهكذا فإن تفسير غياب العقارب على أنه رمز للخصاء هو تسرع في غير مكانه ولا يقوم به الفاحص الخبير

بالاقتصاد البسيكوسوماتي . فلدى تعمقنا في دراسة هذه الحالة نجد أن غياب العقارب ليس إلّا إعراباً واضحاً عن فكرة عملياتية متمحورة حول التركيز البالغ على الزمن الحاضر . وهذا ما بدا واضحاً جلياً من خلال الصورة الأولى . وهذه الصورة وبالرغم من التحسن الواضح بالمقارنة مع سابقتها إلا أنها لا تزال تعكس تفكيراً عملياتياً جامداً وقاسياً . فالماضي هو حاضر مضى والمستقبل مليء بالغموض والإحباط .

قواعد استخدام اختبار رسم الوقت وتحليله :

إن تجربتنا في استخدام اختبار رسم الوقت في ميدان البسيكوسوماتيك تقودنا لتقنينه وتحليله وفق الأصول التالية :

أ ـ طريقة التمثل :

١ ـ دورية (يتمثل الوقت بالفصول ، الروزنامة ، . . . إلخ) .

٢ ـ عدم قابلية الوقت للتراجع (الدورة الحيوية للإنسان ، النبات . . . إلخ) .

٣ ـ التقسيم البنيوي للوقت (التقسيم الواضح ماضي ، حاضر ، مستقبل) .

٤ ـ رسم البعد الثالث .

٥ ـ ذوبان عناصر الوقت في رؤية موحدة .

٦ ـ وجهة نظر فلسفية ـ نفسية تربط بين الوقت والحياة .

٧ ـ هيمنة التفكير بالماضي (الإستعداد للنكوص) .

٨ ـ هيمنة التفكير بالحاضر (حياة عملياتية) .

٩ ـ هيمنة التفكير بالمستقبل (الإستعداد للتماهي) .

ب ـ عوامل من نوع القساوة النفسية :

١ ـ رسم يعتمد على عناصر مشتركة (الساعة ، الطبيعة ، الروزنامة ، التاريخ ... إلخ) .

٢ ـ الرسم المعتمد على الأشياء .

٣ ـ الشروحات الكتابية .

٤ ـ التمثل المستند إلى الكتابة .

٥ ـ استعمال الأرقام .

٦ ـ التعبيرات الفكرية ـ الذهنية .

٧ ـ اجترار الصراعات النفسية ـ الداخلية .

٨ ـ الاقتصاد في الإعراب عن العواطف .

٩ ـ فقر عناصر اللوحة الممثلة للوقت .

ج ـ عوامل من نوع عدم الثبات النفسي :

١ ـ رسم مبتكر غني بالعناصر والتمثلات .

٢ ـ تماهيات مرنة ومتعددة .

٣ ـ تعابير عاطفية مكتوبة .

٤ ـ هرب إلى الأمام (رفض الخضوع للاختبار بحيث يكثر المفحوص من طرح الأسئلة والاستفسارات أو يرسم تصوراً للوقت تهيمن عليه السذاجة ، اللامبالاة ، التردد ، الإهمال ... إلخ) .

٥ ـ الحس الدرامي .

٦ ـ تمثلات وتعليقات انفعالية متناقضة .

٧ ـ رغبات وشروحات متعارضة .

٨ ـ علائم نرجسية (أفكار متمحورة حول الأنا ، التركيز على

جمالية الرسم . . . إلخ) .
٩ ـ التشديد على العلاقات بين البشر .
١٠ ـ علائم القلق .
١١ ـ وجود أفكار تعكس الخوف وبخاصة الخوف من الموت .

د ـ عوامل من نوع الإعاقة النفسية :

١ ـ استغراق وقت طويل لإتمام الرسم .
٢ ـ توقف ملحوظ أثناء الرسم .
٣ ـ الميل العام للاختصار .
٤ ـ فقر الشروحات الكلامية حول فكرة الرسم .
٥ ـ سذاجة الرسم دون وجود رغبة في رفض الاختبار .
٦ ـ الميل لرفض الاختبار ، ورفضه.
٧ ـ التعلق بالرموز المعبرة عن الوقت .
٨ ـ التعلق بتفاصيل الحياة اليومية (العملياتية) .
٩ ـ ظهور دلالات ذات طابع قلق أو انهياري في الرسم أو في الشرح الكلامي .

هـ ـ ردود فعل على الصعيد السلوكي :

١ ـ سخرية ، لا مبالاة ، إستهزاء. . . إلخ .
٢ ـ طلبات موجهة للفاحص .
٣ ـ اضطرابات حركية (نلاحظها خاصة من خلال رسم الخطوط المستقيمة حيث يمنع الاضطراب الحركي استقامة هذه الخطوط) .

و ـ تبدي العمليات الأولية[4] :

١ ـ التجريد والترميز المحكمين .

٢ ـ الاستعراضات الحسية (خاصة التعبير الكلامي عنها) .

٣ ـ عدم توافق الرسم مع فكرة الوقت (اعتبارات ورموز ما ورائية ، سياسية ، فلسفية ، فلسفية ـ تهويلية ، . . . إلخ خارجة عن نطاق التعبير عن الوقت) .

٤ ـ التعابير الفظة المرتبطة بأفكار جنسية أو عدائية .

٥ ـ تمثلات الموضوع السيء .

٦ ـ الغموض ، عدم الدقة ، الرسم غير الواضح .

٧ ـ الإعراب عن العواطف (خوف من المرض ، من الموت ، الشعور بالضآلة ، الهدم ، الشعور بالظلم ، النقلة . . . إلخ) .

٨ ـ الربط العشوائي ، غير المنظم ، بين رموز الوقت .

٩ ـ نقص الترابط المنطقي بين العناصر المؤلفة للرسم .

وهكذا فإن تحليل رسومات «هاياناكا» وفق هذا التقنين يصبح كالتالي :

الصورة الأولى :

أ ـ ١ .

ب ـ ١ ، ٣ ، ٤ ، ٨ ، ٩ .

ج ـ ٤ .

---

(٤) العمليات الأولية هي التفكيرات التي لا تأخذ بعين الاعتبار مبادىء الواقع والمنطق . وذلك على عكس العمليات الثانوية .

د ـ ٣ ، ٥ ، ٧ ،

هـ ـ لا شيء .

و ـ ١ ، ٩ .

الصورة الثانية :

أ ـ ١ ، ٣، ٩ .

ب ـ ١ ، ٣ .

ج ـ ١٠ .

د ـ ٧ ، ٩ .

هـ ـ لا شيء .

اختبار شرح الصور ـ رودولف ـ

تحليل نفسي ـ لساني للمعطيات الكلامية لاختبار التماهي في الحالات المزاجية[١] :

Prof. E. K. Moussong

يتألف هذا الاختبار من ستة عشرة صورة نعرضها بحجمها المعروض على المفحوصين .



صورة رقم (١)



صورة رقم (٢)

(١) Analyse Psycho - linguistique des données verbales d'un test d'identification des état affectifs, Moussong - Zsemlye - in Papers in interdisciplinary speech Research. 1971.



صورة رقم (٣)



صورة رقم (٤)



صورة رقم (٥)



صورة رقم (٦)



صورة رقم (٧)



صورة رقم (٨)



صورة رقم (٩)



صورة رقم (١٠)



صورة رقم (١١)



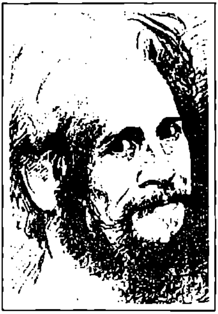
صورة رقم (١٢)



صورة رقم (١٣)



صورة رقم (١٤)



صورة رقم (١٥)



صورة رقم (١٦)

وهذه الصور هي في أساسها لوحات رسمها الرسام الألماني Rudolph لنفسه وهو يمثل حالات انفعالية مختلفة ومتفاوتة، ونحن إذا ما نظرنا لهذه الصور بالمقارنة مع الاختبار المعروف بسوندي فإننا نعتبر إختبار رودولف هذا بمثابة الاختبار الإسقاطي. إلا أن اعتماد البروفسورة موسون، على مبدأ تفسير الاختبار من خلال تقييم تشخيص المفحوص للحالة الإنفعالية لصاحب الصورة، يدفعنا لاعتباره اختباراً انفعالياً أو بتعبير أدق فهو اختبار تماهي Test d'identification.

أما عن طريقة تطبيق الاختبار واستخراج نتائجه فإننا نطلع عليها من خلال مقال موسون التالي :

تحليل نفسي ـ لساني للمعطيات الكلامية المستخرجة من اختبار التماهي بالحالات المزاجية :

من الممكن تقييم الحالة المزاجية لشخص ما عن طريق الاتصال غير المباشر أي عن غير طريق الكلام المباشر مع هذا الشخص . واختبار التماهي الذي نعرضه فيما يلي هو أحد الأمثلة على ذلك . وكان تكييف هذا الاختبار وإعداده للأبحاث العيادية قد تم في العام ١٩٦٧ . وهذا الاختبار المؤلف من ستة عشرة صورة (انظر الصور) يهدف إلى تشجيع تماهي المفحوص بصاحب الصورة بهدف تشخيص حالته المزاجية . ويتم الاختبار من خلال عرض الصور ، واحدة بعد الأخرى ، على المفحوص والطلب إليه أن يخبرنا عن الحالة المزاجية لصاحب الصورة . وبهذا يكون هذا الاختبار قد استغل الاتصال المباشر (حديث المفحوص) والاتصال غير المباشر (تماهي المفحوص بالصور) في تحديد الحالة المزاجية للشخص .

والواقع أن أمانة التماهيات بالتعابير (المتمثلة في الصور) واتساع رقعة ودرجة الانفعال العاطفي (المزاجي) التي يحركها هذا الاختبار وأخيراً الأجوبة الكلامية ذات الطابع الإسقاطي . كلها عوامل ساعدتنا في تقنين هذا الاختبار واستخراج نتائج نفسية ـ مرضية من خلاله .

والهدف من دراستنا هذه هو عرض نتائج المقارنة ، من وجهة نظر لغوية ـ لسانية ، بين مختلف المعطيات التي حصلنا عليها من خلال تطبيقنا لهذا الاختبار على مجموعتين من المرضى :

المجموعة الأولى : وتألفت من خمسين شاباً من العصابيين . كان معدل سنهم ٢٣ سنة .

المجموعة الثانية : ثلاثون مريضاً من الشيوخ الذين كان معدل أعمارهم ٧٤ سنة .

وقد تناول تحليلنا الإحصائي لهاتين المجموعتين تقييم ردود الفعل الكلامية للمفحوصين . من حيث إنشاء الجمل المستعملة والتراكيب اللغوية إلى جانب تقيمنا لحالتهم المزاجية .

وقد جاءت دراستنا هذه بالنتائج التالية :

١ ـ أن المرضى الشيوخ يعانون من فقر وانحسار انفعالاتهم العاطفية ـ المزاجية (وهذا ما تؤكده أيضاً مجمل الملاحظات العيادية) .

٢ ـ في ٧٠٪ من الحالات كان هؤلاء الشيوخ يعانون من الركود العاطفي بحيث توزعت أجوبتهم على أربعة حالات إنفعالية . هي التالية :

- الفرح .
- الألم .
- الدهشة .
- المزاج السيء .

وكأن هؤلاء المرضى لا يعرفون حالات انفعالية ـ عاطفية أخرى أو أكثر تعقيداً .

٣ ـ إنه بالإمكان التفريق بين أجوبة الشباب وأجوبة الشيوخ . وذلك من خلال ملاحظة نوعية هذه الأجوبة . وقد اعتمدنا لهذا التفريق العامل مزدوج القطب «ب» (Somers)[١] ، (أو التناسب بين الفعل والأسم الموصوف) . وقد اعتمدنا على هذا العامل لاستخراج مؤشر يساعد في تحديد مستوى النشاط (الذي يعكسه مدى التماهي في الصور) والمستوى الثقافي للشخص في هذه الوضعية التجريبية المحددة .

وانطلاقاً من هذا المؤشر نستطيع التفريق ، بسهولة فائقة ، بين كل من أجوبة الشباب وأجوبة الشيوخ . فلدى الشيوخ نلاحظ هيمنة انحسار الفعل على جملهم الوصفية (أي القطب السلبي للعامل ب) . وللإيضاح فإننا نورد هذا المثل المتطرف . وهو عرض لأجوبة شيخ في الخامسة والسبعين من عمره وهي كالتالي : معاناة ، رعب ، هلع ، ألم ، غضب ، حزن ، تأثر ، انفعال ، ثأر ، فرح ، خبث ، مكر . . . إلخ . (كان يجيب على كل صورة بكلمة واحدة من هذه الكلمات) .

ولنعد إلى الشباب من المفحوصين فنلاحظ بأنهم يعبرون عن الحالات المزاجية ، التي يستخرجونها من خلال تماهيم بصور الاختبار ، بطريقة متحركة وأحياناً بطريقة درامية . وهكذا فإن أجوبة الشباب تجتمع في القطب الإيجابي للعامل «ب» . وللدلالة فلنأخذ

---

(١) يرمز لهذا العامل بـ .O.V.S . ويعنى هذا العامل بتحديد ترداد الأفعال والأسماء الموصوفة في حديث المفحوص ، مع تسجيل الأفعال في القطب الإيجابي والأسماء الموصوفة في القطب السلبي .

هذا النموذج لأجوبة الشباب . إذ يقول أحدهم : «إنه حمى (والد الزوجة) قاسي وسكّير يقوم بذبح عائلته» ـ «إنه يكره إخوته، سوف يتعاركون» ـ «لقد تخانق وها هو الآن يتسلى في البار» .

وهكذا فإننا من خلال مقارنة هـذه الأجوبـة بأجـوبة الشيـوخ نستطيع التفريق بين الإثنين بالقول بأن أجوبة الشباب تمتاز بـ :

١ ـ غنى وتنوع تعابيرها الإنشائية .

٢ ـ مرونة هذه التعابير .

٣ ـ تكامل التعابير الإنشائية في جمل مترابطة توضح فكرة معينة (وإن كانت عصابية) .

في حين تمتاز أجوبة الشيوخ بالصفات التالية :

١ ـ جمود وقساوة التعابير الإنشائية .

٢ ـ الاقتضاب الذي يصل أحياناً لدرجة تجاوز قـواعد اللغـة وارتكاب أخطاء فيها .

٣ ـ عدم تكامل الفكرة وانحسارها غالباً في واحدة من الحالات المزاجية الأربعة المذكورة أعلاه (الفرح ، الألم ، الدهشة والمزاج السيء) .

٤ ـ فقر وانحسار التعابير الإنشائية .

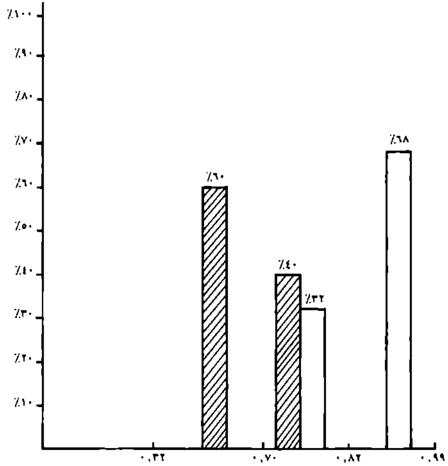
هذا وقد عمدنا إلى مراقبة وتحري نوعيـة الأساليب اللغـوية المستخـدمة في تـأليف الأجوبـة . وقد اعتمـدنا في تقييمنـا لهذه الأسـاليب الحاصـل المعروف Type Token (الـطريقة المشـار لها أعلاه) لأن TTR يقيس تحديداً امتدادات المحادثة في المجالات

المعتادة لاستعمالها ونلاحظ أن المرضى المسنين نلاحظ أنه كانت لهذا الحاصل نسب منخفضة جداً . (وهو يعبر عن الأنماط الكلامية التي استخدمها هؤلاء المسنون) . ولقد تراوحت هذه النسب ما بين ٠,٣٢ و٠,٨٢ . إلا أن نسبة ٤٠٪ فقط من هؤلاء المسنين توصلوا إلى نسبة ٠,٧٠ .

أما لدى الشباب فإن النسبة القصوى قد وصلت إلى ٠,٩٩ وأن ٦٨٪ من الشباب قد اقتربوا من هذه النسبة ، ومن ضمن عصابينا الشباب البالغ عددهم خمسون لم نجد واحداً منهم تدنت النسبة لديه إلى ما دون الـ ٠,٧٠ (في حين أن هذه النسبة القصوى التي توصل إليها الشيوخ كما رأيناه أعلاه) .

وفي الخلاصة نستطيع القول بأن مجموعة الشباب العصابيين قدمت لنا علائم لغوية ـ قواعدية مميزة لانتماءاتهم الاجتماعية ، لدرجة ثقافتهم ولمحيطهم الراهن الذي يعيشوه .

شكل (٤٥)



حاصل التحليل النفسي ـ اللساني للمرضى المسنين (Type Token)

حاصل التحليل النفسي ـ اللساني للعصابيين الشباب (Type Token)

مسَاهمَة في البسيكوسومَاتيك

المؤتمر الدولي السابع عشر
للجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي

١ ـ بسيكوسوماتيك الغدة الدرقية[١] :

يمثِّل هذا المقال مساهمة البروفورة موسون في المؤتمر الدولي السابع عشر للمنظمة الدولية لعلم النفس التطبيقي وفيما يلي نص المقال :

اسمحوا لي أن أعرض لكم من خلال تجاربي الشخصية إشكالية العلاقة بين العامل النفسي وبين المرض الجسدي . وهذه الإشكالية ذات المظهر الثلاثي المتمثل بالنقاط التالية :

١ ـ إن تبيان وتحديد العامل الحقيقي المسبب للمرض في خضم سوابق نفسية متعددة هي مسألة تحول دونها صعوبات منهجية كبيرة . وقد واجهت هذه الصعوبات بصفتي المشرفة النفسية على قسم المرضى المصابين بزيادة إفراز الغدة الدرقية (Hyperthyroïdiques) . بتحرينا للأسباب النفسية للإصابة بهذه الزيادة اعتمدنا وسائل الفحص التالية :

أ ـ المقابلة (الفحص الطبّي ـ النفسي) .

E. K. Moussong : Contribution au Congrès international de A.I.P.A - Editest (١)

ب ـ الفحوصات العصبية .
ج ـ تخطيط الدماغ .
د ـ الاختبارات الإسقاطية .

وقد أجرينا هذه الفحوصات مجتمعة لأكثر من ألفين من المرضى وقد وجدنا لدى نسبة كبيرة منهم الصفات النفسية التالية :

أ ـ علائم شخصية خجولة .
ب ـ علائم تبعية .
ج ـ علائم قلق .
د ـ تعرض هؤلاء المرضى لمسؤوليات كبيرة ولمتطلبات انفعالية وجهود جسدية في وقت مبكر من حياتهم .
هـ ـ غالباً ما يأتي المرض ، زيادة الإفراز ، عقب الرضة النفسية الثانية .
و ـ تترافق زيادة الدرقية مع تغيرات في تخطيط الدماغ مما يجعل التخطيط متشابهاً مع تخطيطات مرضى الصرع (أكّد الباحثون الفرنسيون بدورهم هذه التغيرات).

وبالإضافة إلى التأكيد الإحصائي الداعم لهذه الملاحظات فإن التغيرات الناتجة عن الإثارات العاطفية (في التجارب العادية الحادة) هي التي تقدم البرهان الدامغ والمباشر على الأصل الإنفعالي ـ النفسي لمختلف الأمراض الجسدية . الأمر الذي يبرر العلاج النفسي لهذه الأمراض إلى جانب العلاج الطبي التقليدي .

١ ـ وفيما يلي نورد ملاحظة صادفناها خلال تجربتنا . وتتعلق

بفتاة شابة تشكو التهاباً دماغياً من نوع Van Bogarth[٢] مصاحبة بالعمى اللحائي Cécité Corticale[٣] . وكانت هذه المريضة في حالة من الذهول إلا أنها كانت تتحسن بشكل ملفت للنظر أثناء زيارة أمها لها . فأثناء هذه الزيارة كانت النشاطات العقلية للمريضة تشكل تحسناً كبيراً تدخل المريضة بعده بنوبات صرعية .

من خلال هذه الملاحظة عمدنا لإجراء هذه الزيارة والمريضة في المختبر حيث بإمكاننا إجراء الفحوصات لها . ولاحظنا أن تخطيط دماغ هذه المريضة سجل تغيرات ملحوظة أثناء هذه الزيارة . فلقد كان هذا التخطيط بطيء وغير متناسق كما أنه كان لا يستجيب للإثارات الضوئية والصوتية . ولكننا عندما أجرينا التخطيط أثناء الزيارة تبين لنا أنه يستجيب للإثارة العاطفية (التي تمثلها الزيارة مع ما يرافقها من سماع صوت الأم والإحساس بملامستها) .

٢ ـ من الملاحظات النفسية حول مرض السمنة[٤] أن البدين

---

(٢) Encéphalite Van Bogarth : التهاب في الدماغ الأوسط يؤدي غالباً للموت . ويمر تطوره بـ ٣ مراحل هي : ١ ـ اضطرابات سلوكية (بلادة ، لا مبالاة ، نوبات حركية بسيطة ، انخفاض الحركة) ، ٢ ـ الفساد التدريجي للقوى العقلية ، ٣ ـ المرحلة النهائية وتتميز بالذهول وبالجمود الحركي مع موجات دماغية خاصة (Radermeckor) .

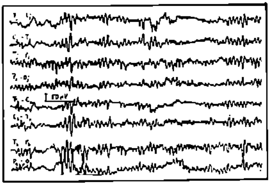
(٣) Cécité Corticale : وتعني الإصابة بالعمى نتيجة لإصابة اللحاء الدماغي . ومثل هذه الإصابة يمكن أن تصادف في حالات التهاب الدماغ الأوسط ، الصرع إصابة الفص الدماغي الخلفي .

(٤) للتعمق في هذا الموضوع انظر السمنة وعلاجها النفسي ، محمد أحمد نابلسي ، الرسالة ـ الإيمان .

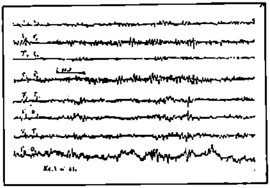
يعاني من عطل في صورة الجسد . وبما أنني مهتمة بموضوع «صورة الجسد» فقد قمت منذ عدة سنوات بإجراء بحث حول هذا الموضوع مستعينة باختبار رورزشاخ واختبار الرسم الموجه . وتناول البحث مجموعة من الأشخاص الأصحاء ولكن البعيدين عن المعدل الوسطي للقامة المثالية .

وانطلاقاً من هذا البحث تمكنت من تسجيل الملاحظات التالية :

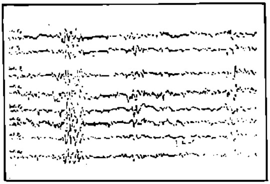
أ ـ أن الأشخاص الطويلي القامة (بشكل مبالغ) يعانون من اضطرابات كامنة في قدرتهم على التكيف مع المحيط . وذلك بالرغم من الغياب الكلي لأية تجربة واعية للمساويء التي تعرضهم لها قامتهم غير المألوفة . وقد ظهرت اضطرابات التكيف واضحة من خلال الاختبارات النفسية التي استعملناها . وعلى سبيل المثال ها نحن نورد عدداً من رسومات هؤلاء المرضى . إذ رسم أحدهم منزلاً بقوائم وآخر منزلاً مع Rablonge وآخر رسم شخصاً متمدداً على الأرض. وفيما يلي بعض التخطيطات الدماغية لحالات زيادة الدرقية.



صورة (٣): وفيها نلاحظ إيقاع الفاعشوائي



صورة (٤): وفيها نلاحظ عدم إنتظام الإيقاع في المنطقة الصدغية.



صورة (٥): وفيها نلاحظ عدم انتظام الإيقاع في المناطق ما تحت اللحائية.

٣ ـ من خلال تجربتنا العيادية نستطيع التأكيد بأن الآثار النفسية ـ الاجتماعية(٥) المترتبة عن الأمراض الجسدية هي أقل

---

(٥) إن الآثار النفسية ـ الاجتماعية الناجمة عن الأمراض الجسدية تتخذ من قدرة المريض ومحاولاته الدائبة للتكيف قناعاً لها. وهذا القناع يفقدها دراميتها. في حين تصل هذه الدرامية إلى أوجها في حالة المريض العقلي. ولكن هذا الاختلاف لا يعني مطلقاً التغاضي عن الآثار النفسية للمرض الجسدي. فالأمراض الجسدية، وخاصة تلك التي تهدد الحياة، هي بمثابة عصاب صدمي أو رضي من شأنه أن يحدث تغيرات عميقة في سلوك المريض وشخصيته، إضافة إلى أن الوضع الصحي الجديد قد يفرض على المريض تبعات اجتماعية قاسية كأن يضطر لتغير عمله أو حتى للتوقف عن العمل.

ملاحظة وأبعد عن اهتمامات الدارسين من الإعاقة الاجتماعية الناجمة عن الذهانات المزمنة .

وفي هذا المجال أيضاً نود أن نذكر تجربة عارضة . إذ دعوت في قسم الطب النفسي إلى تأليف فريق للعلاج النفسي . وتم انتقاء خمسة أشخاص بناءً على اختبار للحالة الاجتماعية . الشخصية الرئيسية في هذه المجموعة كانت امرأة هستيرية في السابعة والأربعين . وبعد بضعة أيام تعرضت هذه المرأة لحادث دماغي وعائي مرافق بفقدان وعي ، اضطراب الحديث وشلل نصفي (علماً بأن مثل هذه الأمراض يستبعد عادة لدى الهستيريين(٦)) . وبعد ثلاثة أيام من هذه الحادثة أعدنا إجراء اختبار الحالة الاجتماعية لهذه المرأة فرأينا أنه اختلف وتدنى كثيراً بالنسبة للاختبار السابق ببضعة أيام . خاصة بعد أن أصبح دورها ثانوياً في المجموعة العلاجية حيث تم تقاسم الدور الرئيسي بين امرأتين أخرتين .

---

(٦) ترتكز نظريات الهستيريا وإمكانيات تجسيدها على دراسة فرويد لحالة دورا . إلا أن البسيكوسوماتيين المحدثين قاموا بتطوير هذه النظرية بشكل جذري . حتى أن حالة دورا من الوجهة البسيكوسوماتية قد نوقشت خلال المؤتمر العالمي للبسيكوسوماتيك . وقد ترجمنا في مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية أعمال هذا المؤتمر ونشرناها في كتاب يحمل عنوان : بسيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية ـ حالة دورا بين فرويد والبسيكوسوماتيك (المشرف).

٢ ـ الساعة البيولوجية مختصر لـ :

«تحديد الساعة البيولوجية» المقارن «بالتقييم الواعي للفترات القصيرة»[١] :

البروفسورة إليزابيث موسون

في هذا المقال نعرض ملخصاً لدراستنا التي تناولت السلوك الزماني لـدى عشرين مـريضاً نفسيـاً يعانـون درجات متفـاوتة من اضطراب الشخصية .

وقد تركز اهتمامنـا في هذه الـدراسة حـول تحديـد «الساعـة البيولوجية»[٢] لدى هؤلاء المرضى . هذه الساعة التي تحدد وتنظم

---

(١) Précision de L'Horloge biologique Comparée à l'estimation Consciente des durées Courtes. E. K. Moussong. Recherche effetuée à L'Hopital str. Anne - Paris. Grâce à une Bousse de L'Organisation mondiale de Sânté (O.H.S.).

(٢) الساعة البيولوجية Horloge biologique : قـام العـلماء بفحص عينات دم مستخرج مدة كل عشرين دقيقة من ذات الشخص . ولمدة ٢٤ ساعة . فكانت النتيجة أنهم تبينوا وجود فوارق كثيرة في نسب احتواء الدم لبعض الهورمونات والإفرازات العضوية . كما لاحظوا أن هذه النسب تتـاوى إذا ما فحصناها مثلاً في ساعة محددة من كل يوم .
نتيجة لهذه التجربة العملية ترسخت الفرضية القائلة بوجود ساعة بيولوجية (هي عبارة عن مجمعات عصبية صغيرة على صعيد الدماغ) تتحكم في إفرازات الجسم . وبالتالي فإن هذه الساعة تضبط الإيقاعات الحيوية في الجسم. وقد أطلق عليها العلماء تسمية الإيقاعات اليومية .
ولنأخذ مثلاً إيقاع النوم ـ اليقظة فنجد أن الجسم يفرز مواداً معينة في ساعات معينة تؤدي إلى الشعور بالنعاس وأخرى تؤدي إلى النوم وأخرى تؤدي إلى ظهور =

فترة وديمومة الصور المتلاحقة والمتحركة لولبياً . وذلك بالمقارنة مع دقة الظهور الواعي للفترات القصيرة المأخوذة في حدود زمنية

= مراحل النوم وتغيرات حرارة الجسم ومن ثم تؤدي مواد أخرى إلى الاستيقاظ وهكذا دواليك .

وقد توصل العلماء إلى تحديد منطقة معينة في الهيبوتالاموس (ما تحت المهاد البصري) . واعتبروا هذه المنطقة مسؤولة عن الساعة البيولوجية وهذه المنطقة تسمى بالنواة ما فوق التقاطع البصري Noyau Suprachiasmatique .

وبما أنه من المعروف أن الاضطراب النفسي يترافق معه اضراب إفرازات الجسم الداخلية فقد أرادت المؤلفة أن تدرس الرابط بين اضطراب هذه الإفرازات وبين اضطراب الساعة البيولوجية. وتركزت هذه الدراسة حول قدرة المريض على تقدير الوقت المجرد. فقد جرت العادة أن ننظر إلى ساعة يدنا عندما نسأل عن الوقت. ولكن الوقت الذي تحدّده الساعة بعيد جداً عن معايشتنا الفعلية للوقت. فلحظة ترقب واحدة يمكن أن تعاش كما لو كانت ساعات طوال. وفي العادة يكون الشعور بثقل الوقت وعدم مروره من خصائص مرض القلق والانهيار. أما المهووسين فإنهم على العكس لا يشعرون بوطأة الوقت الذي يمر سريعاً دون أن يحسّوا به. ومن هنا الأهمية الفائقة لتقدير معايشة المريض للوقت (الزمان) وقدرته على تجسيده بشكل مكاني (عن طريق رسمه مثلاً). ومن هنا أيضاً الأهمية الفائقة التي نعلّقها على اختبار رسم الوقت المعروض في الفصل الأول من هذا الكتاب.

على أن دراسة كيفية معايشة الوقت وخصائص هذه المعايشة بالنسبة لكل مرض على حدة كانت الموضوع الرئيسي لـ E. Minkowski في كتابه : الوقت المعاش Le Temps Vécue حيث أجرى المؤلف مجموعة من الدراسات الشبيهة بتلك التي يعرضها هذا المقال . ودوس كيفية معايشة الوقت من قبل مختلف المرضى النفسيين والعقليين .

وجديد هذه المقالة للبروفورة Moussongهو تحديثها لطروحات Minkowski وربطها لهذه الطروحات بعجلة اكتشافات الطب النفسي ـ البيولوجي الحديث ، والمقال إذ يعرض هذه القضايا باختصار شديد فإنه يفتح آفاقاً واسعة للبحث العلمي في مجال دور وعي الوقت (الزمان) وعلاقته بالاضطرابات النفسية

مشابهة . وكان تقدير فترات تتراوح بين ١٥ و٣٠ ثانية قد تم في ثلاثة أوضاع تجريبية :

١ - تقدير فترة دوران وإضاءة اللولب (دون أن تكون لدى المفحوص أية فكرة عن حدود هذه الفترة) .

٢ - إحداث فترات صمت خالية من الدوران والإضاءة .

٣ - تقدير ديمومة نَصَّين . الأول متعلق بأحداث جرت في الماضي والثاني متعلق بمشاريع المستقبل (يجري قطع الحديث بعد ثلاثين ثانية من بدئه) .

وقد رتبنا المشاعر الحسية اللاحقة في اللولب حسب تسلسل مدتها الوسطية (في الجانب الأيسر للجدول) . ووضعنا في مقابلتها القيم التقديرية التي أعطاها المرضى للفترات ذاتها (في الجانب الأيمن) .

ومن خلال مقارنتنا للمدد الفعلية مع تقديرات المرضى لاحظنا أن الانطباع العام لدى المرضى هو ان الصور قد عرضت لمدة أطول كثيراً من مدة العرض الفعلية[٣] . وهكذا بحيث تباعد الفارق بين

= واضطرابات الإفرازات الداخلية للجسم . خاصة بعدما استطاع العلماء وفي مقدمتهم Jouvet أن يثبتوا أن مجمل الاضطرابات النفسية تستتبع معها اضطراب النوم عن طريق تأثيرها في إفراز مادة النوم «DSIP» بما في ذلك اضطراب قدرة المريض على تقدير عدد ساعات نومه وإجمالاً اضطراب قدرته للتوجه في الزمان والمكان (المشرف) .

(٣) يختلف إحساسنا بالوقت ومعايشتنا له باختلاف شخصيتنا ، وعينا للوقت ولمبادىء الزمان والمكان عامة . وهذا الوعي يتأثر أيضاً بالحالة النفسية الراهنة التي =

المدة الفعلية والمدة المقدرة من قبل المريض .

ومن خلال قيامنا بدراسة تحليلية ـ رياضية ـ إحصائية للمعطيات التي حصلنا عليها تأكد لنا هذا الفارق كما تأكد لنا ميل المرضى لزيادة المدة الفعلية مما يعكس جمودهم أمام مرور الوقت بحيث يتصورونه أكثر كثيراً مما هو في الواقع . وكان هذا صحيحاً لدى ١١ مريضاً بمعيار دقة احتمالية يساوي ٠,٠٥ ولكن هنالك ثلاثة مرضى ممن استطاعوا أن يعطوا تقديرات قريبة إلى الواقع .

ولكي نقرر ما إذا كان هذا الشعور بتجمد الوقت ومروره بصعوبة (الانطباع بأن الفترة هي أطول مما هي عليه في الواقع) ، ناجماً عن البنية المرضية أم أنه ناتج عن طريقة الاختبار ، فقد لجأنا إلى إعادة إجراء الاختبار على ثلاثين مريضاً مقابل ثلاثين طالباً سليماً فأتت النتيجة تؤكد بأن البنية النفسية ـ المرضية هي السبب في الإحساس بتباطؤ مرور الوقت .

= نعيشها ، وقد تصدى الشعراء قديماً لهذا الموضوع فوصفوا لحظات وثواني الفراق على أنها سنوات . أما حديثاً فقد تمت دراسات علمية عديدة حول هذا الموضوع . وفي رأينا أن أهم الدراسات في هذا المجال هي :

1 - Le Temps Vécu : Eugen Minkwiski, édition De lachaux et Nistlé - Suisse. 19

2 - De la Projection : Sami ali, édition Payot 1981.

3 - Corps réel Corps un maginair : Sami Ali, éd. P.U.F. 1976.

وللاختصار نقول بأن مجمل الأمراض النفسية المترافقة بالقلق تؤدي إلى إحساس المريض بثقل وبطء مرور الوقت (المشرف).

الفَصل الثَالث

العِلاَج النَفسِي ـ البيولوجي

العلاج الدوائي للمرضى العصابيين(1):

البروفسورة إليزابيث موسون

إن تحديد انتشار الأعصبة ، وبالتالي أعداد المصابين بها ، هو تحديد تواجهه صعوبات عديدة . ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى اختلافات تبدي المظاهر العصابية من مريض لآخر . ومن ثم إلى اشتراك أطباء من مختلف الاختصاصات في علاج هذه الاضطرابات . ومن بين هؤلاء نجد أطباء الصحة العامة ، أطباء الأعصاب ، الأطباء الجراحون وأحياناً الأطباء المتمرنون. . . إلخ . وذلك طبعاً إلى جانب الأطباء النفسيين .

عن هذا التداخل تنشأ اختلافات شديدة في مستوى وأشكال العناية بهؤلاء المرضى .

ولقد أصدرت الجمعية المجرية للطب النفسي رسالة منهجية

(1) Pharmacotherapic of Neurotic Patients, in rev. Therapia Hungarica, Vol. 35, no., 34, P.P. 175 - 184, 1588.
Proj. E. K. Moussong.

بشأن علاج العصابيين[٢] . وقد أخذت هذه الدراسة بعين الاعتبار مجمل المشاكل المعروضة أعلاه . ومن نتائج هذه الدراسة نذكر: ١ ـ أن ٥٠٪ من العصابيين يعالجون بنجاح من قبل الأطباء العامون، ٢ ـ أن ٣٠ ـ ٣٥٪ من الحالات العصابية احتاجت إلى تدخل الطبيب النفسي، و٣ ـ هنالك ١٠ ـ ٢٠٪ فقط من الحالات العصابية اقتضت عناية طبية مباشرة.

صعوبة أخرى تعترض التقدير الصحيح لأعداد العصابيين . وتتعلق بإشكالية تشابه وتداخل عدد من الأعراض المرضية ومسبباتها ، مما قد يؤدي إلى اختلاف الاقتراحات العلاجية حولها ، مما قد يدفع بالمرء إلى إدراج قائمة طويلة من الأعراض (الشدة والإرهاق، ردود الفعل التكيّفي، الانهيار، اضطرابات الشخصية. . . إلخ) في خانة الأمراض العصابية ، بل أنه من الممكن أن نرى إدراجاً في خانة الأعصبة لاضطرابات من نوع :

١ ـ الاضطرابات العاطفية ـ المزاجية التي تعود في منشأها إلى فترات الطفولة أو المراهقة .

٢ ـ الاضطرابات الفيزيولوجية التي قد تنشأ عن عوامل عقلية أو عن أمراض جسدية نفسية المنشأ.

٣ ـ بعض الاضطرابات العصبية ، والتي يصاحب بعضها بتلف الألياف العصبية .

---

(٢) Sheperd, M et al: Psychiatric Illness in general practice, Oxford Hed. Publ. London 1966.

من ناحية أخرى نلاحظ أن ، وبالاستناد إلى ملاحظات الأطباء ، مجموعة المرضى النفس ـ جسديين (البسيكوسوماتيين) إنما يشكون من مظاهر عصابية واضحة . وغالباً ما يتمكن الأطباء الجديون من تبينها واستشفافها .

وهذا التداخل ، بين الأعصبة من جهة وبين الأمراض البسيكوسوماتية من جهة أخرى ، كان حافزاً لإجراء عمليات مسح وبائية تفصيلية . وهدفت هذه العمليات إلى التفريق بين مجموعة الأمراض العصابية ومجموعة الأمراض البسيكوسوماتية. وقد تمت هذه الإحصاءات في دول تملك مؤسسات صحية متطورة مثل السويد ، بريطانيا والولايات المتحدة الأميركية .

وأفادت هذه الإحصاءات بأن ثلث عدد السكان تقريباً يتوجهون سنوياً لرؤية أطبائهم .

وفي دراسة لـ Sheperd منشورة في العام ١٩٦٦ يشير المؤلف إلى أن من بين كل ألف مريض يتوجهون لعيادات الطب العام هنالك ٥٦ رجلاً و١١٧ امرأة ممن يبدون شكاوي عصابية . في حين أن ٢٤,٥ رجلاً و٣٤,٥ امرأة (في الألف) يعانون أمراضاً نفس ـ جسدية .

في بلادنا (المجر) ووفق معطيات مقدمة من وزارة الصحة في العام ١٩٨٠ فإن معدل زيارات العيادة الطبية كان في حدود الستة زيارات سنوياً لكل شخص . وهي نسبة أعلى بكثير من النسب المذكورة أعلاه . وهكذا فإن عياداتنا تسجل ستين مليون زيارة

سنوياً . وإذا افترضنا أن ١٠٪ فقط منهم يعانون أعراضاً عصابية . فإن هذا الافتراض يعني أن ثلثي سكان المجر هم عصابيون ! .

وبالطبع فإن هذه النسبة لا يمكن أن تصل إلى هذه الحدود . إلا أن الأعصبة تملك ولا شك نسبة انتشار عالية . وهي اضطرابات وبائية تظهر بشكل خاص لدى فئة الإعمار ممن هم في سن العمل . أما بالو Ballo فيؤكد أن انتشار الأعصبة قد مال للازدياد الواضح والأكيد ابتداءً من الستينات فصاعداً .

مما تقدم نرى اشتراك عدد من الاختصاصيين في علاج الأعصبة. إلاّ أن العناية بالعصابيين لا تزال دون المستوى المطلوب . خاصة وأن إشكاليات من نوع اختلاف التصنيف والمنطلق العلاجي والموقف الأخلاقي إنما تأتي لتزيد الوضع سوءاً وتعقيداً.

وفيما يلي نختصر هذه الإشكاليات بادئين بـ:

١ ـ الإشكاليات الحقيقية والوهمية للعلاج الدوائي للأعصبة:

عندما يتخذ الطبيب قرار العلاج النفسي الدوائي ، لمريض لم يسبق له تناول مثل هذا العلاج ، فإنه يجد نفسه في موقف دقيق . ذلك أن هذا العلاج إنما يعني شرعية تصنيف لا معاوضة نفسية عابرة أو اضطرابات نباتية أو انزعاج مؤقت كمرض فعلي يحتاج إلى علاج دوائي . وهكذا فإن على الطبيب التريث قبل اعتماد العلاج الدوائي . ففي الفترات المبكرة لظهور العصاب ينبغي أن تتوجه المعالجة إلى تدعيم إمكانيات التكيف لدى المريض مع ما في ذلك

من إدراك لتوازنه وقدرته على الاستمرارية ولجم التنظيم المرضي - العصابي. ولكن موقفنا هذا لا يعني دعوتنا لترك المريض لإمكاناته التكيفية الذاتية. وإنما ندعو لأن يتم ذلك اعتماداً على مشورة طبيب نفسي وأحياناً على استخدام العقاقير (من نوع المسكنات والمهدئات البسيطة) في علاج العوارض المرحلية كالصداع والحمى الدورية والإحساس الكلي بالاضطراب.

وفي أيامنا هذه يعتمد عدد من الأشخاص مبدأ التطبيب الذاتي. إلا أن الإشكالية الأخلاقية للعلاج تبقى مطروحة حتى في هذه الحالات. فنحن إذا ما انطلقنا من مباديء نظرية التعلم فإننا عاجزون عن معرفة أية حالة (من الحالتين التاليتين) هي الأكثر حدوثاً:

١ - أن تتثبت وتترسخ عوارض القلق والمظاهر النباتية (الناجمة عن الشدة النفسية الخفيفة أو المتوقعة)، ووفق نظرية التعلم يمكن حدوث هذا التثبيت من خلال آلية الارتكاس الشرطي. أما الترسيخ فيتم عن طريق التدعيم المتمثل بتكرار ظهور هذه العوارض. وعندها يمكننا تبرير اللجوء للعلاج الدوائي.

٢ - إن عوامل مثل الشدة والقلق والتكيف معهما هي من المستلزمات الإنسانية. وهي على علاقة مباشرة بالطموح والتقدم الإنسانيين. وفي مثل هذه الحالة فإن اللجوء لمضادات القلق إنما يعتبر ماساً بالكرامة الإنسانية وقوة الأنا وقدرتها على التحمل. وذلك بحيث ينصح بالحد من استخدام العقاقير النفسية إلا بناءً على مبررات وأسباب وجيهة. وهنا تطرح إشكالية أخلاقية جديدة حول

ما يمكن اعتباره أسباباً وجيهة تبرر وصف هذه العقاقير .

بعد هذه المناقشة نلاحظ أن الإشكالية الأخلاقية نفسها مطروحة أيضاً بالنسبة لطرق العلاج النفسي ، الموجه لعلاج العوارض ، مثل التدرب على الاسترخاء الذاتي والعلاج السلوكي .

وفي حالات الأعصبة فإنه من الصعب اعتماد مبدأ «الفائدة في مواجهة المخاطرة» «وهو مبدأ يشترط مثلاً أن تكون فوائد الجراحة أكثر من سلبياتها واحتمالات خطرها أقل من احتمالات خطر عدم إجرائها» . فالأعصبة ليست بالأمراض المهددة للحياة أو المسببة للآلام . ولكنها اضطرابات من شأنها إعاقة تحقيق الذات وعرقلة السعادة لوقت طويل . بل ربما بشكل دائم .

ولعل أكثر الآراء موضوعية ، في معارضة العلاج الدوائي للأعصبة ، هو ذلك الرأي القائل بأن العصاب هو مرض أو خلل يطال البنية النفسية . وعليه فإن العلاج النفسي (غير الدوائي) هو العلاج الأمثل للأعصبة .

والآن ما هي المواقف العملية من هذه الآراء ؟ .

يرى أطباء الصحة العامة أن ٥٩٪ من الاضطرابات العصابية و٤٧٪ من الأمراض النفسية ـ الجسدية إنما تعود في منشأها لأسباب نفسية بحتة . وبالرغم من وعي هذه الحقيقة ، المؤيدة للرأي المعروض أعلاه ، فإن العلاج الدوائي (مع أو بدون خدمات استشارية ـ نفسية) يطبق في ٨٤٪ من الحالات العصابية وفي ٤١٪ من الحالات النفس ـ جسدية .

ولعل السبب الأهم في ازدياد اعتماد العلاج الدوائي هو أن الطبيب عاجز عن تخصيص أكثر من ٥ ـ ٦ دقائق للعلاج النفسي (وذلك وفق الإحصاءات البريطانية) .

وبهذا نصل إلى التساؤل: أيهما الأفضل العلاج الدوائي أم العلاج النفسي ؟ .

إن الجواب الموضوعي على هذا السؤال يواجه عثرات عديدة . إذ نلاحظ مثلاً غياب الدراسات التجريبية المنضبطة التي تحدد نتائج العلاج النفسي وإمكانياته الموضوعية . في حين تكثر أمثال هذه الدراسات بالنسبة لنتائج العلاج الدوائي ، بما في ذلك التقييم الموضوعي للآثار الجانبية للعقاقير وإمكانيات ومحاذير الجمع بينها وبين عقاقير أخرى مثل مانعات الحمل ومضادات الروماتيزم المستخدمة في علاج عدد من الأمراض المزمنة . وغالبية هذه الدراسات تأتي داعمة لفعالية العلاج الدوائي وضرورة اعتماده .

إلا أن عدداً من الاختصاصيين السريريين أصروا مؤخراً على مراجعة هذه النتائج وعدم المبالغة فيها. ولكن هؤلاء يرون أن بديل العلاج الدوائي هو العلاج بدون عقاقير وليس العلاج النفسي . فالأساليب الطبية المتقدمة أو المتزامنة مع الدواء هي أساليب بإمكانها تدعيم علاج الأعصبة وتسهيله تماماً كما يقوى الإيحاء المفعول العلاجي للدواء . وفي بعض الحالات العصابية يطرح السؤال: أي من هذين الموقفين أكثر نفعاً للمريض ؟ .

١ ـ تناول العقاقير مضادة القلق . التي تخمد مظاهر القلق ولكن مع تسببها بإجبار العصابي على التخلي عن بعض نشاطاته والحد من بعض قدراته طيلة فترة العلاج .

٢ ـ تقبل التوتر والضغوط النفسية المرافقة للعصاب . مع ما يمكن أن يؤديا إليه من احتمال حدوث الحوادث في المواقف الخطرة .

والمعالج إذ يواجه مثل هذه الاشكالات فإن عليه تطبيق مبدأ Primum nil nocere . بشكل محدد ومميز . وهذا إذا لم يكن المعالج مولياً كامل اهتمامه للدفاع عن نفسه وعن أسلوبه العلاجي . وهكذا فإن المراجعة الدورية للمبادىء والأساليب العلاجية هي ضرورة ملحة لإمداد الطبيب بالمعلومات الحديثة والدراسات الموسعة التي تستطيع دعمه في اتخاذ القرار . وفي تحديد أساليب علاجية مرنة تراعي التطورات الحديثة .

وفي النهاية نقول بأن تحديد طبيعة الأعراض العصابية ودرجة حدتها إنما يلعبان الدور الحاسم في تقرير العلاج . وهكذا فإن انتقاء العقار يتعلق بمدى فعالية العقار ويأخذ بعين الاعتبار طبيعة العوارض المرضية المستهدفة وكيانها التصنيفي الذي تنتمي إليه . كمثل الانهيار المقنع أو الأمراض البسيكوسوماتية . ولدى تحديدنا هذا العلاج لا بد في النهاية من توجيه انتباهٍ خاص إلى شخصية العصابي ، تاريخ حياته ووضعه الراهن .

٢ ـ عوامل التطبيب المعتمدة على شخصية المريض:

١ ـ إن الملامح العصابية لشخصية المريض تلعب دوراً أساسياً في تحديد فعالية العلاج . وهذه الملامح يجب أن تؤخذ دوماً بعين الاعتبار لدى وصفنا للعلاج الدوائي . واستناداً إلى هذه الملامح نذكر المواقف التالية:

أ ـ الإيحاء المتصاعد والخيال: وبإمكانها أن تعطي تأثيرات إيجابية مفيدة في حالات محددة (المرضى القابلين للعلاجات البديلة) . إلا أن هنالك حالات يفشل فيها الإيحاء . ومن هذه الحالات المرضى ذوي الحساسية البالغة ، الوساوس المرضية ، الوساوس الاكتئابية والمرضى الرافضين للعلاج وللتعاون . وفي محاولتنا لاعتماد الإيحاء في العلاج علينا أن نأخذ بعين الاعتبار المفهومات المقنعة ـ المستهدفة والآليات المؤدية لتثبيت العوارض . وهذه من شأنها أن تعيق تأثير الإيحاء . على أن العلاج الإيحائي يعطي نتائج باهرة وخاصة في الحالات الهستيرية .

ب ـ إن العصابي القلق يحتاج إلى علاج دوائي محدد ، صائب وحاسم . وخاصة في حال اقتران عصاب القلق بالمظاهر الانهيارية .

ج ـ في حالات الاستجابة للعلاج الدوائي علينا ألا نلجأ لاعتماد المهدئات البسيطة كعلاج طويل الأمد . بل علينا أن نعمد إلى تغيير متكرر لهذه المهدئات وذلك تجنباً لحدوث الإدمان .

د ـ عندما يملك العصابي مستوى كافٍ من الوعي والثقافة ،

والاستعداد لتقبل العلاج النفسي ، علينا أن نشرح له فوائد العلاج الدوائي ، أهدافه وتأثيراته . وعلينا في هذا المجال ألا نهمل الحماية السحرية المسماة «بالخلاص من المرض» التي يؤمنها العلاج الدوائي .

هـ ـ عندما يتلازم المرض النفسي ـ الجسدي مع انخفاض خيال المريض وفقر حياته الهوامية فإن قابلية المريض للعلاج النفسي تكون منخفضة . وفي مثل هذه الحالة يفضل اللجوء إلى العلاج الدوائي .

٢ ـ إن تحديد التاريخ المرضي للعصابي من شأنه أن يساعدنا في التعرف إلى الأحداث التي من شأنها تحديد مدى استجابة المريض للعلاج بعقار معين . إذ أن نوعية الشدة النفسية (شدة منفردة أو شدة متراكمة) تؤثر وبشكل مباشر في القدرة التكيفية للجهاز العصبي ـ الغددي . وبالتالي فهي مؤثِّرة في تحديد درجة الاستجابة للعقاقير المختلفة .

كما أن دراسة التاريخ المرضي من شأنها أن تحدد لنا الحالة العاطفية للمريض. ففي حالات الرعب، أو الأزمة مثلاً، فإن الأمر يتطلب استخدام المهدئات العظمى المثبطة من نوع الكلوربرومازين ، تيوريدازين ، كلوزابين. . . إلخ . وقد تبرر الحالة نفسها إعطاء المريض ، إضافة للمثبطات المذكورة أعلاه ، مضادات الأرق أو المنومات من نوع النيترازيبام ، الجليتيناميد . . . إلخ وذلك خلال النهار .

٣ ـ تلعب الخصائص الحيوية الذاتية للعصابي دوراً أساسياً في تحديد استجابته الجسدية للعقار . كما في تحديد الجرعة العلاجية الملائمة له . ومن هذه الخصائص نذكر: أ ـ خصائص الخمائر (كالتحميض السريع والبطيء) والمؤثرة في ديمومة تأثير مفعول العقار وفي تحديد نسبته في دم المريض . ب ـ التغيرات الفيزيولوجية (كالحمل ، العادة الشهرية ، للتغيرات المميزة للعمر. . . إلخ) . ج ـ التغيرات العضوية الطارئة (المرض الجسدي والعوامل الحيوية) ، وكل هذه العوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار لدى انتقائنا للعقار وتحديدنا لجرعته .

ولنأخذ المرأة الحامل كمثال . فنلاحظ بأنها تحتاج أولاً لعلاج شكاويها النفسية والجسدية (المتبدية بسبب الحمل) . وذلك بالرغم مما تشير له التقارير (وهي موضع نقاش اليوم) من تعاظم ظهور الأعراض العصابية في فترة الحمل .

هذا وقد احتوت دراسة Magykaldiné معلومات مفصلة حول الأخطاء الطبية في وصف العقاقير . ومن حيث المبدأ علينا استبعاد العلاج النفسي الدوائي للمرأة الحامل وبخاصة في المرحلة الأولى من الحمل . إلا أن هنالك حالات يعصب فيها تأمين هذه الأجواء المثالية . وذلك على غرار ما يحدث مثلاً في حالات وجود خطر الإجهاض أو احتقان الدم أو القلق العارم حيث نضطر لاستخدام المهدئات النفسية الإثباطية .

أما موضوع العلاج الدوائي للمسنين (مع ما يرافقه من صعوبة

تحمل الاثار الجانبية وتغير أنماط الإستجابة للعلاج فقد تناوله كل من Lundwing، Simko وتوصلوا إلى وضع مبادىء علاجية حديثة للعلاج الدوائي الإثباطي . وهذه المبادىء تأخذ بعين الاعتبار التغيرات الجسدية المصاحبة للشيخوخة وتحدد العلاج على أساسها.

إشكالية جديدة شائكة تطرحها مسألة التمييز بين الخصائص الحيوية الموروثة والمكتسبة . وهذا ما يؤدي إلى الأخطاء الطبية في وصف العقاقير ، حساسية بعض المرضى أمام نوع معين من العقاقير . أما من ناحية أخرى فإننا لا نستطيع تجاهل دور العوامل النفسية ـ الاجتماعية والحيوية (وتأثيرها في انتقاء العلاج) لحالات مثل الإدمان على العقاقير أو الكحول وتطورات هذا الإدمان النفسية والجسدية ، هذا طبعاً بالإضافة للخصائص التكوينية ـ الصيدلانية الخاصة بكل شخص على حدة والملامح الشخصية والخلقية والمادية . كمثل سهولة الحصول على العلاج ومثل موقف الرأي العام من العقار أو من العلاج الدوائي إجمالاً . ففي المجر مثلاً فإن استعمال المنومات ـ المثبطات مقبول ومعتمد بشكل واسع .

إن مجموعة العوامل المذكورة أعلاه هي التي تحدد مدة التحصين الذاتي (فترة ممارسته واحتفاظه بمفعوله) لعقار من فصيلة الباربيتورات مثلا. كما أنها تحدد الجرعات العلاجية المستعملة ، ومتوسط هذه الجرعات بالنسبة لطائفة من العقاقير مثل البنزو ديازيبين. والخطأ في تحديد هذه العوامل يمكنه أن يؤدي إلى زيادة حظوظ إساءة استعمال العقار ويقوي السلوك الإدماني على هذا العقار .

٣ ـ العوارض المستهدفة أو تناذر العلاج الدوائي :

من ضمن المجموعة الكبيرة والمتنوعة للمظاهر والأعراض العصابية نلاحظ بأن العوارض المذكورة أدناه هي الأكثر قابلية للعلاج . وهذه المظاهر هي :

أ ـ القلق : ويقتضي علاجه الدوائي قدرة المعالج على التميز بين المظاهر المختلفة للقلق . فمن القلق البنيوي (بنية نفس ـ جسدية ميالة للقلق بطبعها) إلى القلق الناجم عن المواقف والصراعات ، إلى أشكال القلق المقنع أو تلك المتبدية بوضوح . كما علينا أن نأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية ـ النباتية ، الجسدية والعاطفية . وأخيراً فإن على الطبيب أن يتنبه ، وينبه المريض ، إلى تأثير مضادات القلق على أداء المريض للأعمال المختلفة .

ب ـ الانهيار : سواء ذلك المتبدي بشكل عصابي أو بشكل نفسي ـ جسدي مقنع . باعتبار الأصل التفاعلي ـ الجسدي الداخلي لهذا الأخير .

ج ـ اضطرابات النوم : وتعتبر هذه الاضطرابات من ضمن العوارض العصابية البارزة . وإن كانت تأتي أحياناً ثانوية للاضطرابات المذكورة أعلاه .

د ـ تناذر الوهن العصبي : ويتبدى بمظاهر من نوع القابلية للتعب ، الاستثارة ، صعوبة التركيز ، النسيان ، الشكاوي النباتية والجنسية المصاحبة بمبالغات عظامية أو هوسية ناجمة عن الامتداد المرضي للمظاهر السالفة الذكر .

هـ ـ الآليات الرهابية ـ القهرية .

و ـ الإقلاب الهستيري أو الظواهر الهستيرية ذات الطابع التفككي .

هذا ويعمد الطبيب إلى تحليل العوارض العصابية للإجابة على أسئلة هامة مطروحة حول مسألة العلاج الدوائي . ومثال على هذه الأسئلة : ١ ـ ما هي فائدة المزج ما بين مضادات القلق وصادات بيتا ؟ . ٢ ـ ما هي فوائد استعمال الباربيتيرات كمنومات؟ . ٣ ـ متى نستخدم المهدئات العظمى ومضادات الانهيار في علاج الأعصبة ؟ . ٤ ـ ما هي فوائد إدخال عقاقير من نوع «المثيرات النفسية ، أو معيقات الشهية ، أو مشجعات الأيض أو مضادات الهيستامين أو مضادات الألم في علاج الأعصبة» .

وهذه الأسئلة إن هي إلا أمثلة تلامس عدداً من الإشكاليات الحديثة المطروحة حالياً على بساط البحث . فالصراع النظري يدور اليوم حول مسائل مثل : «أيهما أفضل ؟ العلاج الدوائي الآحادي أم العلاج المعتمد على الجمع بين عدة عقاقير ؟» .

للجواب على هذا السؤال نرى أن مؤيدي العلاج الآحادي يصرون على وجود سبب مشترك ما بين القلق والنوم المضطرب في الانهيار . كما يصرون على كون الأرق مرتبط بالفيزيولوجية النفسية للقلق . وهؤلاء الأطباء يعتبرون أن استخدام مضادات الانهيار أو القلق (في علاج آحادي) ، بجرعات مناسبة للحالة ، يكون كافياً للسيطرة على التناذر العصابي . وانطلاقاً من وجهة النظر هذه يمكننا إحلال عقاقير عائلة البنزوديازيبين (مثل Diazepam,

Nitrazepam . . . إلخ) مكان الباربيتيرات المتميزة بكونها أكثر سمية وتسبباً بالآثار الجانبية . وإن كانت البنزوديازيبين أكثر تسبباً بالإدمان وخاصة لدى استعمالها لفترات طويلة .

ونتابع على لسان مؤيدي العلاج الآحادي الذين يرون فعالية استخدام مضادات الانهيار (مثل الـ Noveril أو الـ Amitriptyline) في علاج حالات انخفاض المزاج ـ القلق ـ النوم المضطرب الملاحظة في بعض الأمراض العصابية والبسيكوسوماتية . حتى أن هؤلاء ينصحون بتناول هذه العقاقير بجرعة مسائية وحيدة . ومثل هذا العلاج يمكنه أن يعطي نتائج أفضل في الحالات التي يكون فيها الانهيار ذو طبيعة داخلية ـ بنيوية[٣] .

أما في الجهة المقابلة فإننا نجد العديد من الأطباء الذين يصرون على ضرورة الجمع بين أكثر من عقار بغية السيطرة على كافة المظاهر المرضية .

وعلى هؤلاء يرد دعاة العلاج الآحادي بالقول بأن التداخل الأيضي بين مختلف العقاقير من شأنه أن يؤدي إلى الحد من مفعول كل منها على حدة . وإن كان هذا الحد لا يشمل كافة العقاقير . فهنالك عقاقير يمكن الجمع بينها دون أن ينتقص الجمع من مفعولها (مثل مضادات الانهيار ثلاثية الحلقات ، بالمهدئات العظمى . . .

(٣) وقد تدعمت هذه الآراء بعدما أمكن إثباتها عملياً من خلال اختبارات كيميائية حيوية كمثل اختبار الديكساميتازون القمعي .D.S.T ـ أنظر الفصل التالي .

إلخ) . في حين ينتقص الجمع من مفعول العقاقير في حالات مثل :

ـ الجمع بين الباربيتيرات ومضادات الانهيار ثلاثية الحلقات .

ـ الجمع بين المهدئات العظمى من نوع فينوتيازين مع الباربيتيرات .

ـ الجمع بين المهدئات مضادة الهلوسة مع مضادات الإنهيار .

والواقع أن الداعين للعلاج الجمعي لا يملكون حججاً بمثل هذه المنطقية . ولكننا نلاحظ أنهم يشكلون الغالبية العظمى من الأطباء(٤) .

ولا بد لنا من الإشارة إلى مسألة الطرق العلاجية المساعدة . فمن جهة نلاحظ التأثيرات الإيجابية لبعض هذه الطرق «مثل الشاي الطبي ، المشروبات الشافية ، أنظمة الحمية ، التعديلات السلوكية ، بذل الجهود والشعور بالمسؤولية الأخلاقية عن الصحة الشخصية» في بعض الحالات العصابية .

أما من جهة أخرى علينا أن نأخذ بعين الاعتبار مخاطر التثبيت وطقوسية التناذرات في حالات مرضى الوساوس المرضية أو المرضى القهريين مثلاً .

وفي النهاية نقول بأننا نرى في الجمع المتطرف بين العلاجات واحداً من نتائج التنازل الطبي .

---

(٤) بناءً عليه تقوم غالبية شركات الأدوية بإنتاج عقاقير تجمع بين مادتين دوائيتين أو أكثر .

٤ ـ العلاج الدوائي لحالات القلق :

يعتبر تفريج القلق هدفاً رئيسياً في علاج الأعصبة . وبالرغم من صعوبة تمييز أشكال القلق ، والتعرف إليها ، فإنها تكون موجودة في جميع الحالات العصابية تقريباً . ومن النواحي الظواهرية يمكن لعوارض القلق أن تتمايز في المجموعات العصابية الثانوية . حيث تتمازج مظاهر القلق ويلون أحدها الآخر .

وعلى الصعيد العيادي يتصف القلق بالعلائم التالية : مخاوف ، توتر ، فقدان الصبر ، تهيج ، انزعاج ، مظاهر رهابية (مخاوف غير منطقية وغير مبررة) . ثم تأتي بعد ذلك مظاهرات القلق العصبية ـ النباتية كمثل خفقان القلب ، تسارع النبض ، الشحوب ، التعرق ، الشعور بالضغط على الصدر ، عثرة التنفس ، الشعور بالاختناق ، الإسهال ، التوتر العضلي والارتجاف . وكما هو معلوم فإن مجموعة هذه المظاهر كانت تسمى في الماضي بـ الوهن العصبي ـ النباتي Asthénie neuro-Végetative .

هذا التناذر الموصوف بأنه مصاحب بقابلية للتعب ، اضطراب النوم ، الاضطرابات الجنسية ، فقدان الثقة بالنفس ، صعوبة التركيز واضطرابات الذاكرة . وتؤدي مجموعة هذه العوامل إلى انخفاض أداء القَلِقْ وقدراته . وبمعنى آخر فإن العصاب غير المتظاهر بشكل مرضي يتطلب أيضاً العناية . وخاصة إذا ما بدأت علائمه بالظهور مع مرور الوقت أو أمام الصراعات العادية للحياة الاجتماعية .

ففي حالات القلق الناجمة عن مواقف التوقع (مثل الامتحانات ، علاج الأسنان . . . إلخ) يمكننا إعطاء القلق قرص أو قرصين من عقاقير مثل Trimetozine أو Hovaletten وذلك كمعالجة طويلة الأمد للمرضى الخارجيين . وبما أن هذه العقاقير لا تأثر على الانتباه إلا نادراً وبما أنها غير مرضية بالنسبة للعضلات فإنها قد تعيد التوازن للقلق وتساعده على تنسيق ما بين الحركة والأداء الذهني . حتى أن هذه العقاقير ممكنة الاستخدام في حالة الاضطرابات الجنسية إذا ما تبين أن للقلق دورة في خلفية هذه الاضطرابات . وخاصة في حال فشل أساليب العلاج النفسي لهذه الاضطرابات . ومن المهم أيضاً التذكير بأن الـ Trimetozine والـ Grandaxine لا يسببان الإدمان ومن الممكن استخدامهما لتلطيف العوارض الناجمة عن الانقطاع عن الكحول أو عن العقاقير المهدئة الأخرى .

وهكذا فإن العقاقير التي كانت تستخدم في علاج القلق ، حتى وقت قريب ، لم تعد مرغوبة بشكل واسع اليوم . ومن هذه العقاقير نذكر : Chlordiazepoxide, Diazepam, Medazepam, Meproba-mate, Methylpentinol . . . إلخ .

هذا وقد أثبتت الأبحاث أن تأثير العقاقير من طائفة البنزوديازيبين يتم على صعيد الدماغ (خاصة للحاء ـ الهيبوكامب والغدة اللوزية) وذلك من خلال تحكمها بآليات GABA .

وعن هذا التحكم تنجح هذه العقاقير في السيطرة على القلق ومظاهره . وكانت فترة السبعينات قد شهدت إقبالاً مكثفاً على

البنزوديازيبين. ففي الولايات المتحدة تم وصف ٥٤ مليون وصفة Diazepam و١٣ مليون وصفة Chlordiazepoxide . أي بمعدل ٢ ـ ٣ حقن أسبوعياً من الديازيبام بهدف خفض المستوى العالي للانهيار لدى مرضى ما قبل الذبحة القلبية والتناذر الوسطي .

ويمكن لهذه العقاقير أحياناً أن تقلل من آليات الكبت مؤدية لظهور العدائية . إلا أن ضررها الحقيقي إنما يكمن في إساءة استعمالها «باتت هذه العقاقير تشكل نوعاً خاصاً من أنواع الإدمان» . واستعمال البنزوديازيبين لمدة سنة يولد إدماناً نفسياً لدى العصابي أما الإدمان الجسدي فإنه نادر الحدوث . وفي حال الانقطاع عن هذه العقاقير ، بعد فترة من تعاطيها ، فإن المريض يعاني عوارض من نوع اضطراب النوم ، هبوط المزاج ، علائم قلق . . . إلخ . ولكن من غير المؤكد ما إذا كانت هذه المظاهر ناجمة عن الانقطاع أم أنها من معادلات حالة القلق . إلا أننا نلاحظ تكرار هذه العلائم في كل مرة يتم فيها الانقطاع . لذلك يتم اعتبارها بمثابة عوارض الانقطاع عن البنزوديازيبين .

وبالرغم من عدم انخفاض التأثير الحيوي لهذه العقاقير مع الوقت . وبالرغم من عدم تسببها باضطراب موجات التخطيط الدماغي أو باضطراب دماغي وظيفي (كما تفعل الباربيتيرات مثلاً) فإن وصف هذه العقاقير يجب أن يتم لمدة محددة لا تتجاوز الشهرين إلى ثلاثة أشهر . وتحديد هذه المدة يجب أن يأخذ بعين الاعتبار إمكانية المعاوضة العفوية للعصاب .

وعندما يتصدى الطبيب لوصف علاج دوائي عليه ألا يقصر همه

فقط على تفاعلات العقار وخصائصه . وإنما عليه أن يتنبه لتأثيره في إرخاء العضلات . فتأثير إرخاء العضلات ، الذي تتمتع به عقاقير مثل Diazepam و Andaxine ، يمكنه أن يكون مفيداً في حالات التشنج العضلي والصداع التوتري . ولكنه قد يكون مميتاً في حالات الوهن العضلي أو هو يؤدي على الأقل إلى زيادة القابلية للتعب لدى المريض العصابي .

ولدى تحديدنا لجرعة العقار يجب ألا تغيب عن بالنا الحقيقة القائلة بأن جرعة وحيدة أو الجرعة الأولى تعطي تأثيراً أكثر وضوحاً من تأثير جرع مشابهة مستخدمة لمدة طويلة . ومن ناحية أخرى فإن تأثير العقاقير المبهجة نفسياً إنما يتأثر ، وإلى حد بعيد ، بمستوى تفعيل القلق لدى المريض عندما نصف له العقار . كما يرتبط تأثير البهجة هذه بمدى انفتاح أو انغلاق شخصية هذا المريض وتعقد آدائه تحت الاختبار والموقف .

إن تأثير العقاقير المبهجة - المثيرة أو المهدئة المثبطة (المستعملة بجرع متوسطة - انظر الجدول) . هو تأثير يعتمد على مدى تعقيد المهام التي يؤديها المريض وعلى مستوى التفعيل عنده .

وكما نلاحظ في الجدول فإن تأثيرات متعارضة يمكن أن تحصل . فالعقار المهيج على سبيل المثال يعيق إنتاجية الشخص في حين يحسنها المهدىء مضاد القلق . إلا أن المتوسط هو الأفضل (يشار للتأثير المتوسط بسهم واحد - انظر الجدول) . وهذا التداخل في التأثيرات ، بين العقاقير ، يفسر لنا التأثير الضار لعقار

الأمفيتامين والتأثير المفيد للمهدئات البسيطة . ولكننا قد نعطي العقار المهيج في حالات مثل المعاناة من الشدة الناجمة عن الترقب محدود الوقت (مثل الامتحان ، مسائل ذهنية ـ فكرية معقدة ، إنجاز أعمال مهمة. . . إلخ) .

أما في المواقف الباعثة على القلق فإن مضادات القلق البسيطة هي الأنفع . فبغض النظر عن شخصية المريض (منفتحة أم منغلقة) فإن أداءه يتحسن في مثل هذه المواقف إذا ما أعطيناه مضاد القلق . فهذه العقاقير تجعل مستوى التنشيط في أفضل حالاته وتزيد الاستقرار العاطفي المؤقت للشخص المتعرض لمثل هذه المواقف .

هذا ويمكننا الحصول على التأثير السريري الأفضل باختيارنا لنوع من المهدئات البسيطة . وتحديد جرعته بناءً على المعطيات المتعلقة بتأثير العقار ، مفعوله العلاجي على المدى القصير وفي ظروف محددة .

وفي بعض الحالات وانطلاقاً من حدة عوارض القلق ، نجد أنفسنا مدفوعين لاعتماد إحدى الخيارات العلاجية التالية :

١ ـ المهدئات العظمى المثبطة : Neuroleptiques Sedatives :

يمكن لهذه المهدئات أن تعطينا تأثيراً مدهشاً في حالات القلق الحادة . وبخاصة تلك المترافقة بالتململ وللهياج الحركي . ومن هذه العقاقير :

ـ Levomepromazine : إذا كان المريض في المستشفى (للعقار

مفعولات جانبية تقتضي المراقبة الطبية . وخاصة لدى إعطاء جرع كبيرة) يمكن إعطاء ٧٥ ـ ٢٠٠ مغ يومياً أو حقن ٢٥ مغ ثلاث مرات يومياً .

ـ Thioridazine : ٧٥ ـ ٢٠٠ مغ يومياً (يمكن زيادتها عند اللزوم) .

ـ Chloprotixen : قرص واحد ٣ ـ ٤ مرات يومياً .

ـ Chlorpromazine : عندما نبدأ العلاج بجرعة ٢٠٠ ـ ٦٠٠ مغ من هذا الدواء فإننا نحصل عادة على نتائج باهرة . وبعد عدة أيام على هدوء المريض يتم إعطاءه ٢٠٠ مغ في جرعة مسائية وحيدة . وبما أن انتصاف حياة هذا الدواء يتراوح بين ١٠ و٣٠ ساعة فإن مفعوله مضاد القلق يظهر في اليوم التالي بشكل أكيد .

٢ ـ المهدئات العظمى مضادة الهلوسة : Neuroleptique Incisives :

من الآثار الجانبية للمهدئات المثبطة ، المذكورة أعلاه هنالك تأثيرها على الجهاز النباتي . و بسبب الحساسية ـ النباتية الخاصة للعصابي فإننا قد نجد أنفسنا مضطرين لتجنب مثل هذه العقاقير . وذلك بسبب عدم قدرة المريض على احتمال آثارها الجانبية .

وفي هذه الحالات تشير التجارب إلى إمكانية استعمال مضادات الهلوسة (بصورة استثنائية) من نوع Trifluoperidol - Haloperidol ـ . . . إلخ . إلا أن استخدام هذه العقاقير قد يؤدي إلى حالة همود (انخفاض النشاط) حتى لدى استعمالها لمدد قصيرة . وفي مثل هذه الحالة يمكننا إصلاح الهمود بإعطاء عقار

الـ Promethazine (وهو مهديء مثبط ، بمعدل ٢ ـ ٣ أقراص يومياً . وهنا نذكر بأن مزج العقاقير ليس بالحل الأفضل للتحكم بردود الفعل الجانبية للمهدئات العظمى . حيث أن علينا أن نأخذ العديد من تفاعلات هذه العقاقير بعين الاعتبار .

٣ ـ العقاقير المثيرة نفسياً : Psychostimulantes :

عندما نذكر هذه العقاقير فأول ما نذكره هو المنع المطلق لإرفاق استعمالها مع استعمال مضادات الانهيار من نوع معيقات خمائر التأكسد الأمينية الأحادية (I.M.A.O) . وكذلك يجب توخي الحذر لدى وصف عقاقير البنزوديازيبين أو مضادات الانهيار مع هذه العقاقير المنشطة.

٤ ـ إسعافات القلق :

في حالات القلق العصابي للمرضى الخارجين (غير المقيمين بالمستشفى) يمكننا وصف العقاقير المذكورة أعلاه . ولكن بجرع خفيفة نسبياً وذلك بهدف الحد من آثارها الجانبية . وعليه فإننا نعطي الجرع الآتية :

أ ـ Levomépromazine : ٤ مغ ثلاث مرات يومياً .

ب ـ Thioridazine : ١٠ مغ ٢ ـ ٣ مرات يومياً .

ج ـ Chlorprotixen : ١٥ مغ ثلاث مرات يومياً .

ويفضل استخدام هذا النوع من المهدئات عوضاً عن البنزوديازيبين التي تسبب الإدمان .

وأخيراً تجدر بنا الإشارة إلى أنه ، وبالرغم من هذه الجرعة الخفيفة ، من الممكن ظهور هذيان أو أعراض حساسية أمام الدواء أو اضطرابات غددية ـ داخلية .

٥ ـ العقاقير صادات بيتا : Beta Bloquantes :

تؤدي صادات بيتا إلى إعاقة عملية التحصين الذاتية لآلية التغذية الإرجاعية . ويتم هذا الصد (والإعاقة) عن طريق تلطيف مظاهرات القلق المحيطية (مثل تسارع نبض القلب ، ارتجاف الأطراف ، زيادة عدد مرات التنفس وغيرها من المظاهرات العائدة إلى إثارة الجهاز العصبي النباتي ـ الودي) .

والتأثير المهدىء لهذه العقاقير يكون أقل وضوحاً منه لدى استعمال المهدئات .

إلا أن هذه العقاقير ، وبسبب حمايتها للقلب ، ممكنة الاستعمال بنجاح كبدائل للمهدئات البسيطة . خاصة وأن لهذه الأخيرة نواحي استعمال متعددة وخاصة في حالة المسنين . إضافة إلى عدم تسبب صادات بيتا للإدمان (وهي ناحية مهمة بالنسبة للشباب) .

بناءً عليه فإن مزج ٨٠ مغ بروبرانولول مع ٥ ـ ١٠ مغ ديازيبام هو مزيج فاعل كمنوم وكمضاد للقلق . كما يمكننا استخدام الـ Propranolol منفرداً كعلاج طويل الأمد للقلق لدى المرضى خارج المستشفى . على أن يتم ذلك بجرع تراوح بين ١٠ و٣٠ مغ يومياً . ولكننا في مثل هذه الحالات نفضل عقار الـ Cloranolol

(يفوق مفعول البروبرانولول بـ ٣ إلى ١٠ مرات ويستخدم بنفس الجرعة) .

على أن استعمال هذه العقاقير يوجب التوقف الفوري في الحالات التالية : تباطؤ شديد لنبض القلب ، هبوط القلب ، والتشنج الشعبي . وفي حالات أخرى يقتضي الوضع الخفض التدريجي لجرع هذه العقاقير وصولاً إلى إيقافها . وذلك بهدف تلافي مظاهرات تناذر الانقطاع . وهنا إشارة إلى محدودية مثل هذه المظاهر في حال استخدامنا عقار الـ Pindolol (لأنه يملك مفعولاً مهيجاً للودي ـ ويستخدم بجرعة ١,٥ قرص يومياً ممكنة الزيادة تدريجياً لغاية ٦ أقراص) .

كما أننا وانطلاقاً من الفرضية النظرية الإدرينالينية لحالات الانهيار نستنتج أن لمثيرات مستقبلات الودي نفس تأثير مضادات الانهيار . وعليه فإن لصادات بيتا (معيقة لمستقبلات الودي) مفعولاً عكسياً لمضادات الانهيار . ويستوجب هذا الوضع تنبهنا إلى إمكانية تبدي العوامل الانهيارية للقلق عندما نعالج هذا الأخير بصادات بيتا . وهذه الحقيقة ممكنة الملاحظة وإن نادراً . كما تمكن ملاحظة التأثيرات الجيّدة للجمع بين الـ Propranolol ومثيرات الودي (مثل الامفينامين ، مضادات الانهيار من نوع Imipramine) . إذ يؤدي هذا الجمع إلى إلغاء الآثار الجانبية للبروبرانولول . وبهذا تتأكد لنا مرة أخرى أهمية استخدام الـ Pindolol الذي يهيج الودي عوضاً عن كفه كما يفعل البروبرانولول .

٦ ـ مضادات الانهيار : Antidepressives :

إن واقع ترافق الانهيار للقلق يبرر استخدام مضادات الانهيار في علاج بعض حالات القلق . كمثل حالات القلق العاطفي ـ المزاجي الذي يكاد لا يتميز عن الأعصبة . والوسائل العصبية ، من فيزيولوجية وغددية داخلية وتشخيصية ـ نفسانية ، هي الأكثر نفعاً في تمييز هذه الحالات . وذلك عن طريق تقيمنا لردات الفعل العلاجية أمام مضادات الانهيار ، وتثبت الملاحظات أن استخدام مضادات الانهيار يجب ألا يقتصر على حالات العوامل الداخلية السريرية . ويبقى من المهم تحديد ما إذا كان المفعول الجيد لمضاد الانهيار ناجماً عن مفعوله المهديء أو عن مفعوله المقاوم للانهيار .

ـ إن المفعول المهديء للـ Amitriptyline هو الأكثر وضوحاً بين كافة مضادات الانهيار .

شكل (٤٩)

مستوى التنشيط	درجة تعقد الأداء					
	منخفض		متوسط		عالي	
	مهيج	مثبط	مهيج	مثبط	مهيج	مثبط
منخفض	↑↑↑	↓↓↓	↑	↓	↑	↓
متوسط	↑↑	↓↓	↓	↓	↓↓	↑↑
عالي	↑	↓	↓	↑	↓↓↓	↑↑↑

جدول يمثل تغيرات تأتي المنشطات النفسية المعطاة بجرع متوسطة مع مقارنتها بمستوى تعقد الأداء .

– يتمتـع عقـارا Imipramine و Maprolitine بمفعـولٍ مهـديء متوسـط .
– يملك عقار الـ Dibenzapine مفعولاً مهدئاً ضعيفاً .
– إجمالاً فإن مضادات الانهيار ثلاثية الحلقـات ، ذات المفعول المضاد للكولين ، تتمتع بمفعول مهديء مساوٍ تقريباً .

وعلى أية حال فعلى المرء أن يعتبر إمكانية العلاج المنزلي ميزة حسنة (إلا في حال وجود احتمال الانتحار) . كما عليه أن يلتفت إلى إمكانية الإفادة من تأثيرات علاجية متزايدة ، ذات طابع منشط ، قابلة للتطور تحت عتبة المهديء أو قبلها .

وخلال الأسبوعين أو الثلاثة الأوائل للعلاج خارج المستشفى نبـدأ بجـرع ٧٥ ـ ١٥٠ مـغ للـ أميتـريبتيلين ، ٣٠ ـ ٧٥ ، مـغ للـ مابروليتين . على أن نعمد لزيادة هذه الجـرع تدريجيـاً إذا ما دعت الحاجة لذلك .

أما العلاج في المستشفى فإنه نادراً ما يقتصـر على مضادات الانهيار (إلا في حالات الانقطاع عن البنزوديـازيبين) . وفي هذه الحالة نعطي جرعة ١٠٠ ـ ٣٠٠ يومياً من المابروليتين . ويؤكد عدد من المؤلفين فوائد استخدام مضادات الانهيـار عن طريق الفم أو عن طريق الحقن الوريدي . كما أنـه من المقبول بشكـل عام حصـر إجمالي الجرعة بجرعة واحدة مسائية (بسبب اضطراب النوم) .

أمـا الـ Azaxazine ، المهـديء المعتـدل ، وبسـبب تـركيـه المختلف ممكن المـزج مـع عقـاقيـر أخـرى (لهـا ميـزة التنشـيط

النفساني) ولكن باستثناء مضادات خمائر التأكسد IMAO . ومن مميزات هذا الدواء أيضاً إمكانية تحمله بشكل جيد . بحيث يمكن إعطاءه للمسنين وللهزيلين بهدف السيطرة على مظاهر القلق والانهيار الخفيفة . ويمكن وصفه خارج المستشفى بجرعة ٢٥ - ٧٥ مغ يومياً ولمدة سنة .

وقد أثبتت الملاحظة العيادية أن الفعالية الانتقائية لمضادات الانهيار ثلاثية الحلقات تشبه فعالية مضادات القلق . وذلك من حيث اشتراكها في كبت عدائية الحيوانات . وأيضاً في كونها تؤثر في البشر من حيث تأثيرها العلاجي على الظروف الرهابية (الفوبيا) والقلق العارم غير المصاحبة بالانهيار . وهكذا فإن مضادات القلق ومضادات الانهيار تؤثران بشكل محبب على القلق وعلى الآليات العاطفية للمخاوف المرضية . ومن بين هذه العقاقير تعطى الأفضلية لمضادات الانهيار الأقل إثباطاً . ولذلك عاد الأطباء لاستخدام مضادات خمائر التأكسد الأمينية الآحادية (IMAO) بعدما هجروها بسبب سميتها (فاستعمال هذه العقاقير يتعارض مع استعمال قائمة طويلة من العقاقير وبخاصة مضادات الانهيار ثلاثية الحلقات . كما يتعارض هذا الاستعمال مع بعض المأكولات كالجبنة ، . . . إلخ) . ومن أهم عقاقير هذه الفصيلة عقار الـ Nialamide المحتوي على ٢٥ مغ في القرص . ويوصف بحذر شديد وبشكل تدريجي للمرضى خارج المستشفى .

وبما أن التصنيف الطبي يميز الوساوس القهرية عن المظاهر الرهابية . فإن علاج الأولى يصادف صعوبات هامة ويقتضي غالباً

استخـدام المهـدئـات العـظمى . إلا أن استخـدام عقـار الـ Clomipramine في علاج الوساوس القهرية يبدو واعداً .

وفي مختلف حالات الانهيار العصابي يمكننا تبين وجود علائم عيادية من نوع فقدان الدافع ، الكبت ، عدم كفاية الأداء الذهني ، انخفاض المزاج المصاحب بالهمود . وهذه الحالات تبرر استعمال المنشطات النفسية كمثل الـ Deprenyl . وهذا الأخير يعيق فقط خمائر التأكسد الأمينية الآحادية المخية ونتيجة لذلك فإن هنالك قيوداً أقل على الحمية الغذائية التي يتعين اتباعها لدى استعماله . كما أن تأثيراته الجانبية أقل من باقي عقاقير فصيلة الـ (IMAO) .

والمهيجات النفسية النموذجية مثل الأمفيتامين والميتيل فينيدات والسينوكارب وغيرها نادراً ما تستخدم وحيدة حتى في حالات الوهن العصبي . ويجري استعمال هذه العقاقير أو بالأحرى يساء استعمالها من قبل أناس أصحاء يهدفون إلى زيادة أدائهم الذهني أو الجسدي . أما من الناحية الطبية فيمكن استعمالها لمدة قصيرة ، ٢ ـ ٣ أسابيع ،.كمساعدة في علاج حالات الانهيار العصابي الإرتكاسي أو الممتد . وذلك بجرع تراوح بين قرص وقرصين أو ٠,٥ ـ ١ أمبولة (حقن عضلي) صباحاً وظهراً . هذا مع الانتباه إلى احتمال إدمان هذه العقاقير إضافة لتسببها باضطراب النوم . فقدان الشهية ، زيادة الحساسية وسرعة الاستثارة . مما يحد طبعاً من استخدامها .

٧ ـ علاج المظاهر النفس ـ جسدية :

كثيراً ما تترافق الأعصبة بمظاهر جسدية متنوعة . وبالنظر للأصل النفسي لهذه الشكاوي الجسدية فإن علاجها يدخل عادة في نطاق الطب النفسي .

فعقار الـ Sandomigraine يستخدم بنجاح في علاج صداع الشقيقة . وهو يمارس مفعوله العلاجي عن طريق تأثيره مضاد السيروتونين . وبذلك فهو يضاف إلى لائحة المهيجات النفسية . وهو إضافة إلى تحسينه للمزاج والتفريج عن القلق وزيادة الوزن . هذا إضافة لعدم تسببه باضطرابات النوم وعدم ملكيته خصائص إدمانية كامنة . وأخيراً فإن تأثيراته النباتية غير قوية . لمجمل هذه الأسباب يجري استعمال هذا العقار في علاج حالات الانهيار الارتكاسي لدى المسنين (يسهل عليهم تحمله) ولدى النساء في سن اليأس . وحيث أن تأثيراته النافعة تبدى بعد حوالي الأسبوعين من بدء استعماله فإن مدة العلاج المنصوح بها تتراوح بين ستة وثمانية أسابيع .

أما في حال الشكاوي الجسدية الأخرى فإننا نستخدم الـ Nerobol للآلام المرافقة لمرض تكلس العظام . أما الشكاوي الهضمية والإمساك فننصح باستعمال المنتجات الخميرية والمسهلات في علاجها . كما ينصح باستخدام علاج مناسب لنقص الحديد وغيره من المعادن الذي يلازم غالباً الحالات الانهيارية وحالات الوهن .

في حالة تناذر الوهن العصبي فإن انتقاء العلاج يكون أصعب منه في حالات القلق أو الانهيار العصابي . وبالرغم من الشكاوي الذاتية العديدة ، التي قد يظهرها مريض هذا الناذر ، فإن أهداف العلاج تتمحور حول العوارض الموضوعية وحول الاضطرابات الحيوية التي تثبتها الفحوص الاداتية والمخبرية . ولكن الوهن العصبي لم يعد مصنفاً في لوائح التصنيف الحديثة للأمراض . لذلك فإننا نفضل تناول أعراضه منفصلة . خاصة وأن هذه الأعراض تختلف اختلافاً كبيراً من حالة لأخرى . ونبدأ عرضنا بـ:

أ ـ النوم المضطرب: إن علاج النوم المضطرب لا يزال يطرح مشاكل هامة . حتى بعد استبعادنا لحالات الأرق الناجمة عن القلق أو الانهيار أو الآلام الليلية . ومن هذه المشاكل تلك الحلقة الأرقية المفرغة التي تتبع الانقطاع عن المنوم والتي تتجلى بتناقص النوم وظهور الكوابيس لدى المريض . ومن النادر أن يرفض الطبيب وصف المنومات ولكنه يعمل على التخفيف من الآثار الضارة للمنومات . فعندما يصف الطبيب الباربيتيرات فإن عليه تجنب ذات الزوال البطيء مثل Sevenal, Hypnoval واللجوء إلى تلك سريعة الزوال مثل الأموباربيتال Dorlotyn . بل من الأفضل استعمال العقاقير التي لا تقلل من حركات العين السريعة (أي التي لا تغير نوعية وكمية النوم) ومن هذه العقاقير Nitrazepam و Gluthelimide ويمكن تأكيد مفعولها بإعطاء ١ ـ ٢ قرص من الـ Promazine . كما يتوجب على الطبيب اتخاذ الخطوات التالية:

ـ منع تراكم الباربيتيرات .

ـ تحذير المريض من اللجوء إلى المثيرات لموازنة النعاس الصاحي . ذلك أن هذه المهيجات تساعد على استمرار حالة الأرق .

ـ أن يعدل العقاقير الأخرى (إذا كان المريض يتناولها) المؤثرة في تحديد مفعول الباربيتيرات (عن طريق تأثيرها على الخمائر التي تنتج عنها مميزات هذه العقاقير).

ـ أن يحول دون إساءة استعمال المنوم وأن يتعرف على آثار هذه الإساءة كما على آثار الانقطاع المفاجيء عنها (هذيان ، وإثارة حركية ، نوبات صرعية الشكل ، . . . إلخ) . وفي مثل هذه الحالات يعالج المريض بجرع كبيرة من الـ Meprobamat أو الـ Heminevrine . . . إلخ .

ب ـ الدوار: وهو شكوى عصابية متكررة الحصول . ويمكنها أن تشير إلى ظروف عصابية مختلفة (بعد استبعادنا للخلفية العصبية ـ العضوية أو اضطرابات الأذن الداخلية) .

وفي معظم الحالات يظهر الدوار كمعادل للحيرة وللقلق ويمكن أن يعالج بنجاح عن طريق مضادات القلق والمهدئات البسيطة . وفي حالات أخرى يكون الدوار عارضاً من عوارض الانهيار المقنع .

وفي هذه الحالة يمكن علاجه بجرع منخفضة من الـ Imipramine أو Amitriptyline (١٠ مغ × ٣ يومياً) . في بعض الأحيان يعكس الدوار حساسية من النوع العصابي ممكنة النشوء عند

استعمال المثيرات . وفي هذه الحالة فهو يكون مترافقاً بالغثيان والقيء . وفي هذه الحالة تمكن السيطرة على الدوار باستخدام عقار الـ Deadolon وفيتامين ب ٦ وفي حالات نادرة عن طريق جرع منخفضة من الـ Torecan . كما أن هنالك الدوار المرافق لاضطراب الدورة الدموية الفقرية (الناجم عن تصلب الفقرات) . ويظهر هذا الدوار ميلاً خاصاً معاكساً للأشكال السابقة . ويمكن تلطيفه عن طريق مزيج من الـ Belloid والـ Belletoval والـStugeron أو غيره من العقاقير ذات التأثير اللطيف على الأوعية الدموية .

ج ـ الآلام المنتشرة: إن الآلام ذات الأصل العصابي ، أو البسيكوسوماتي أو الانهياري المقنع ، تتبدى في ٥٠٪ من الحالات بالصداع وفي ٣٣٪ بآلام الظهر والأطراف . وهذه الآلام تعبر عن تنفيس قاصر للتوتر النفسي المزمن . ويمكنها أن تتصاحب بالتقلص العضلي ، محدودية الحركات المفصلية وأوضاع إلزامية (تجنباً للألم) .

وفي هذه الحالات نلجأ إضافة للعلاج الفيزيائي ، إلى المرخيات العضلية مثل Mydocalm أو Scutamil ولكن خاصة المهدئات ذات المفعول المرخي للعضلات مثل Meprobamat . التي يمكن استعمالها مع المسكنات غير المحتوية على البنج .

مشاكل وشكاوي مرضية في أحشائهم (وخاصة الخاضعين بسببها إلى جراحات استكشافية متكررة) . كما نجد لدى هؤلاء قابلية للإدمان على مشتقات الأفيون والكوديين التي تكون قد وصفت لهم عقب الجراحات الاستكشافية .

وعلى وجه الإجمال فإن العلاج الدوائي ، المبرر للظواهر الحركية، يجب أن يتسم بالحذر ولمدة قصيرة .

د ـ علاج الهستيريا: في علاجنا للهستيريا يلعب العلاج الدوائي دوراً ثانوياً بالمقارنة مع العلاج النفسي . علماً بأن المرضى يطلبون العقاقير ويرغبون بتحديد الوضع للتعرف إلى شكاويهم الجسدية . وفي هذه الحالات يمكننا اعتماد المهدئات البسيطة القادرة على السيطرة على المظاهر العصبية ـ النباتية . ومنها مثلاً: Valeriana Composits, Belloide, Hedivaler, Legatin, Belletoval . . . إلخ . وعلى سبيل التغيير حبوب ومحاليل ذات تركيب مشابه غير معروف من قبل المريض .

إن المطهرات الاستكشافية التخديرية مع المنومات المحقونة وريدياً وذات الفعالية القصيرة يمكنها أن تعطي تغييرات مدهشة في الظروف التحولية التي تحدث تكراراً حتى اليوم . وكذلك بالتأثيرات الإيحائية المدعمة على الصعيد العملي بمنتجات الكالسيوم المحقونة وريدياً . فهذه الطرق تعطي نتائج جمة في حالات الهستيريا القلقية حيث يمكننا أيضاً استخدام مضادات القلق المعروضة أعلاه . وأخيراً فإن العوارض الذهانية للهستيريا التفككية يمكن التأثير عليها بشكل نافع عن طريق المعالجة المؤقتة بالمهدئات العظمى . إضافة إلى منع تطور الآثار غير المرغوب فيها والتي يمكن للمريض أن يثبتها .

الخلاصة:

إن العلاج الصيدلاني للعصابين لا يتناقض مع علاجهم النفسي. سواء من الناحية النظرية أو الأخلاقية. بل على العكس فإن الجمع بين هذين العلاجين يشكّل جزءاً من معالجة متداخلة ومعقّدة. واعتماد خيار العلاج الدوائي يرتكز على العوارض النفسية - المرضية كالقلق، الانهيار، العوارض التحولية. إلاّ أن المعادلات الأعراضية والعلاقات التصنيفية لهذه العوارض يجب أن تكون محدَّدة.

هذا وتستحق عوامل الشخصية (قوة الأنا، الإيحائية، الميل للإدمان... إلخ) انتباهاً خاصاً. فهي التي تقرر، إضافة للعوامل البيولوجية - الخلقية (مثل العمر، الجنس.. إلخ)، البدائل العلاجية كمضاد القلق ومضاد الانهيار والمهدئات العظمى أو، مع مرور الوقت، علاج القلق بالعقاقير صادات بيتا.

الطب النفسي البيولوجي

١ ـ دراسة تأثير الـ هاليدور.
٢ ـ اضطرابات الوعي .
٣ ـ تأثير مضادات الانهيار IMAO.
٤ ـ اختبار قمع الديكساميتازون :

تعتبر مدرسة الطب النفسي البيولوجي واحدة من أهم مدارس الطب النفسي في العالم ولربما كانت أكثرهن واعدة . لذلك رأينا تخصيص هذا الفصل لعرض بعض التطورات التي قدمتها البروفسورة موسون ومساعديها إلى هذا الفرع من فروع الطب النفسي . وقد اخترنا لهذا الفصل الأبحاث التالية:

١ ـ دراسة مقارنة بين تخطيط الدماغ الكهربائي وبين تخطيط الدماغ الدموي في الاستجابة لعقار الـ هاليدور .

Electroencephalographic and Rheoencephalographic Responsses To Halidor.
E. Moussong-Kovacs, B. Horvângi and Hasznos. T.

٢ ـ دراسة طبية ـ نفسية لـ ٨٥ حالة اضطراب في الوعي .

L'étude Medico-psychologique de 85 Cas de Troubles de la Conscience.
E. Moussong-Kovacs.

٣ ـ العلاقة بين ارتفاع نشاط خمائر التأكسد الأحادية الأمينية وبين الاستجابة للعقاقير المعيقة لهذه الخمائر . في حالات الانهيار ثنائية القطب .

Association Between High Platelet Activity and response to MAO Inhibitor in Depressed Bipolars: Case Reports.
Z. Rihmer, M. Arato, G. Bagdy.

٤ ـ اختبار قمع الـ ديكساميتازون في حالة الانهيار المقنع .

Dexamethason Suppression Test in Masked Depression.
Z. Rihmer, E. Szadoczky, M. Arâto.

وهذه الأبحاث كانت قد نشرت بشكل مقالات في مجلات عالمية مختصة . وقد تم اختيارها بناءً لأهميتها سواءً من ناحية الحداثة أو من ناحية الآفاق التي تطرقها . فالمقال الأول يشكل خطوة هامة على طريق دراسة، فهم واستيعاب الوظيفية الدماغية. في حين تشكل باقي المقالات منطلقات حديثة لعلاج عدد من الحالات العيادية الممتازة بتعقيدها.

١ ـ دراسة مقارنة بين تخطيط الدماغ الكهربائي وتخطيط الدماغ الدموي(١) في الاستجابة لعقار الـ هاليدور(٢).

E. Moussong-Kovacs, B. Horângi, T. Hasznos.

تهتم هذه الدراسة بدراسة بعض تأثيرات عقار الهاليدور. وهو عامل مضاد للتشنج انتجه المعامل المتحدة للمنتوجات الصيدلانية والغذائية في بودابست. وتحديداً فإن دراستنا موجهة نحو بحث التأثير المحتمل لهذا العقار في توسيع الأوعية الدموية ـ الدماغية. وذلك عن طريق إجراء التخطيط الدماغي والتخطيط الدماغي ـ الدموي للمرضى متناولي هذا العقار. مع عقد المقارنات بين كلا التخطيطين.

(١) Rhéoencephalographe : أو التخطيط الكهربائي ـ الدموي للدماغ. أو التخطيط الريوغرافي وهو كناية عن قياس تغيرات مقاومة الأنسجة الدماغية (الناجمة عن تغير كمية الدم الموجودة فيها). ويتم هذا القياس عن طريق تيار كهربائي (متقطع وعالي التردد) يمرر عبر الدماغ تبعاً للمعاوقة (Impédance) التي يواجهها التيار.
ويعطينا هذا القياس تخطيطات مرضية في حالات تصلب الشرايين الدماغية، أمراض بيرغر وبيك والزيهايمير وفي حالات العتة الناجم عن اضطراب التغذية الشريانية للدماغ وغيرها. أما في الحالات الذهانية فإن هذا القياس لا يعطي تغيرات مرضية ملحوظة.
في هذه الدراسة استخدم هذا القياس لتحديد تأثير توسيع الشرايين الدماغية الذي يحدثه عقار الـ هاليدور.

(٢) Halidor : هو الاسم التجاري المعروف في هنغاريا لمادة Beneyclanum. ويعرف هذا العقار بأسماء تجارية عديدة أخرى منها : Ludilat. Flussema.، Angiociclan، ولهذا العقار مفعول تمديد وتوسيع الشرايين التاجية والدماغية والمحيطية. كما أن له مفعول مضاد لمادة الفيبرنوجين المؤدية إلى تخثر الدم.

ولا توجد أية دراسة سابقة شبيهة بهذه الدراسة . فقد سبقت دراسة آثار الهاليدور على التخطيط الدماغي من قبل Magyar ولكن الدراسة جرت على الحيوانات ، كما سبق لـ Vidovszy دراسة تأثير الهاليدرو في توسيع الأوعية ولكن عن طريق التصوير الشعاعي للشرايين . كما فحصه Fodo بواسطة قياس ضغط شرايين العين . وأخيراً فإن Kustos كان قد أجرى تخطيطاً دموياً للأوعية الدموية المحيطية وليس الدماغية .

وقد تمت دراستنا هذه على ١٨ أنثى توزعن على النحو التالي :

- ٨ منهن تراوحت أعمارهن بين ٢٠ و٣٠ سنة .
- ٧ منهن تراوحت أعمارهن بين ٣٠ و٤٠ سنة .
- واحدة منهن كان عمرها ٥٦ سنة .

إن الحالة العيادية والأعراض العصبية وما جرى اكتشافه من خلال فحص قعر العين لم تكن تشير إلى أي عطل تيبي ذي أهمية في الأوعية الدماغية . وقد تم استبعاد المرضى المعانين من ارتفاع الضغط من هذه الدراسة .

ومن الناحية المرضية فقد توزعت المريضات ، موضوع الدراسة ، كما يلي :

- ٣ منهن عصابيات .
- ١٣ منهن ذهانيات .

وكلهن من نزيلات المستشفى ومن المتعاونات إرادياً وطواعة مع البحث .

ولمْ نعطيهن أي عقار إلى جْانب الهاليدور طيلة مدة الدراسة . ولم تزد الفترة الفاصلة بين التخطيط الدماغي والتخطيط الدموي عن اليومين كحدٍ أقصى . وفيما يلي سنشرح تفاصيل التخطيط الدموي (R.E.G) لكونه أقل شيوعاً .

هناك طريقتان معروفتان للتخطيط الدموي . وهما:

الطريقة الأولى: (REG.I) وقد وصفها Polzer و Schohrfried في العام ١٩٥٣ . وتتلخص بالوصل ما بين نصفي الدماغ بتيار ـ جسر يؤمنه مولد يمكنه تعويض المقاومة الثابتة ليتم ، وبتكبير مناسب ، تسجيل التغيرات الناجمة عن موجات النبض وعن المقاومة الكهربائية للدماغ . وتكون هذه المقاومة في حدود الـ ١,٠ أوم . ويكون للمنحنى البياني شكل نموذجي . وتكشف مكوناته أنماطاً ذات دلالة .

الطريقة الثانية: (REG.II) وهي الأحدث وتعتمد مولد مشترك يؤمن موجات النبض في كل مشتقاته . وقد شرح هذه الطريقة Lechner و Rodler في العام ١٩٦١ .

وإذا كانت الطريقة الأولى لا تتيح إجراء التحديد المكاني ، بسبب المخاطرة في التوازن الموجود بين التيارين ـ الجسرين في الجانبين ، فإن الطريق الثانية مناسبة للتحديد المكاني ، إلا أن المنحى البياني للنبض (في الطريقة الثانية) يكون ناقص الوضوح . ولا يتيح لنا تميز المكونات الفردية .

وفي هذه الدراسة أجرينا التخطيط الدموي وفق الطريقة

الأولى . ولذلك فإن الاختلافات الجانبية ليست بالملائمة دائماً للتقييم . إلا أن كل مكونات موجات النبض واضحة بما فيه الكفاية (كما سنرى) .

وكان سير العمل ، دون أي استثناء ، على النحو الآتي :

أولاً ، يتم تسجيل دورة عضوية من النبضات ، ثم يستعمل الـ Amyl Nitrite[٣] ما بين نصف دقيقة ودقيقة واحدة . وعندما يتوقف مفعول الآميل نيتريت ، كما يتضح من شكل المنحى البياني بمقارنته مع الشكل النموذجي (وهي عملية تحتاج إلى ١ ـ ٥ دقائق) ، كان المرضى يعطون ١٠٠ مغ من الـ هاليدور (حقن وريدي) ، وبعد مكون يمتد لعدة ثواني يظهر تأثير قصير الأمد (٣ ـ ٥ دقائق) . ثم يسترجع المنحى البياني نمطه وسعته الأصليين ، ثم نتبع ذلك بنشقة ثانية من الآميل نيتريت لكشف أي تأثير متأخر محتمل للـ هاليدور . وعندما يسترجع المنحى البياني خطه أو شكله بما يناسب المدى العفوي كان التأثير المتأخر للـ هاليدور يسجل بشكلٍ نهائي على مقطع قصير .

أنماط الاستجابات الريوغرافية :

انطلاقاً من استجابتهم للـ Amyl Nitrite تم تقسيم المرضى إلى ثلاثة فئات هي :

---

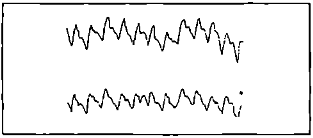
(٣) Amyl Nitrite هو عقار يؤدي استخدامه إلى توسيع الشرايين التاجية والمحيطة والإقلال من نوبات الإنسداد العابر للشرايين التاجية . ويستخدم عن طريق كسر الأمبولة في فوطة واستنشاق محتواها . ويمتاز هذا العقار بإعطائه مفعولاً سريعاً ، وبتأثيره على تغذية الدماغ الشريانية كما نلاحظ في التخطيطات المعروضة .

ـ الفئة ـ آ ـ تسارع النبض كردة فعل على هذه المادة (زيادة الترداد) .

ـ الفئة ـ ب ـ دون ردة فعل عملية على المادة .

ـ الفئة ـ ج ـ زيادة السعة (Âmplitude) زيادة تربو على الـ ٥٠٪ وعلى العموم دون زيادة ترداد الموجات .

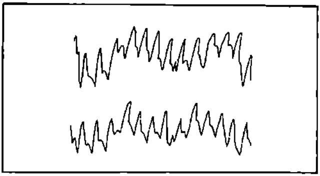
ويمكننا مشاهدة هذه الأنماط الثلاثة للاستجابة في صور التخطيطات المعروضة أدناه .



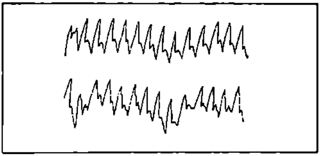
الشكل (١) : مريضة من الفئة ـ أ ـ ريوغراف (تخطيط دموي) لنصفي الدماغ .



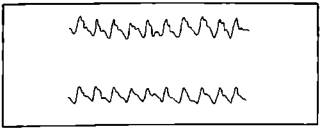
الشكل (٢) : المريضة السابقة نفسها بعد استنشاق الـ آميل نيتريت . لاحظ تسارع الموجات (النبض) . وميل المكون الثالث إلى الانحدار لمستوى الخط الأساسي .



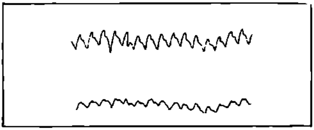
الشكل (٣) : المريضة نفسها بعد إعطائها الـ هاليدور .



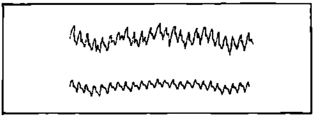
الشكل (٤) : المريضة نفسها بعد النشقة الثانية من الـ آميل نيتريت . نلاحظ تسارع الموجات وزيادة سعتها . دون تغير في المكون الثالث .



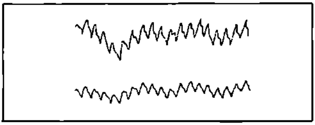
الشكل (٥) : التأثير المتأخر للهاليدور كما يبدو لدى ذات المريضة . ونلاحظ انخفاضاً في النبض والسعة .



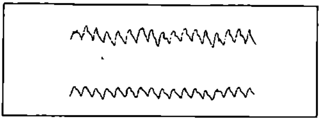
الشكل (٦) : مريضة من الفئة ـ ب ـ ونلاحظ نبضات عفوية في النصف الأيمن وكذلك انخفاض الــعة .



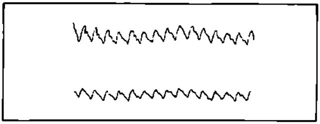
الشكل (٧) : المريضة نفسها بعد تنشق الـ آميل نيتريت . الجانب الأيمن تأثير خفيف .



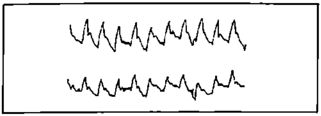
الشكل (٨) : المريضة نفسـها بعد إعطائها الهاليدور ـ لا تأثير .



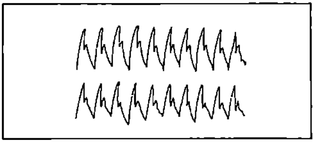
الشكل (٩) : المريضة ذاتها عقب النشقة الثانية ـ لا تأثير .



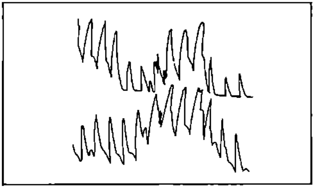
الشكل (١٠) : المريضة ذاتها ـ التأثير المتأخر للهاليدور ـ لا يوجد أي تأثير واضح .



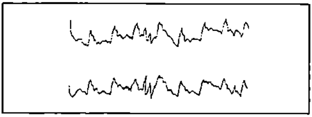
الشكل (١١) : مريضة من الفئة ـ ج ـ موجات عشوائية وهنا أيضاً يبدو النصف الأيمن أقل نشاطاً .



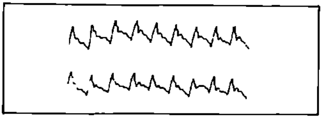
الشكل (١٢) : المريضة نفسها ـ الاستجابة للنشقة الأولى تنعكس في زيادة السعة . دون تغير في المكون الثالث ودون تغير واضح في سرعة الترداد .



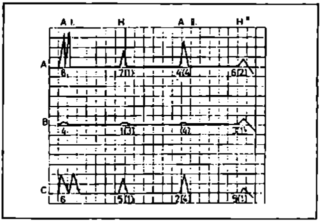
الشكل (١٣) : ذات المريضة بعد الهاليدور ونلاحظ تسارع الترداد ، زيادة السعة وطمس المكون الثالث .



الشكل (١٤) : ذات المريضة عقب النشقة الثانية . ونلاحظ انخفاض الترداد والسعة .



الشكل (١٥) : تأثير الهاليدور المتأخر لدى المريضة نفسها النبضات (الموجات) أقل وضوحاً منها في البداية .



الشكل (١٦) : العمود الأول في الرسم يمثل الاستجابة الأولى للـ آميل نيتريت (تصلح كقاعدة للمجموعة الذاتية) الأرقام التي في الأسفل تشير إلى أرقام المرضى بالنسبة لنمط استجابتهم .
العمود الثاني يمثل تأثير الهاليدور في الفئات أ و ب و ج .
ونشاهد في الأسفل أرقاماً (بدون أقواس) تشير للحالات المستجيبة . أما الأرقام داخل الأقواس فتشير إلى الحالات غير المستجيبة .

وكـان JENKNER قد درس انعكـاسات الأميـل نيتريت على التخطيط الدموي . إلا أن تفسير الاستجابات لا يزال مفتوحاً للمناقشة . وكان رأي جنكر أن المكـون الثاني هـو الذي يعكس الزيادة القصوى في السعة لدرجة تحوله إلى موجة مستقلة . وفي رأينا أن السعة العالية الأساسية تتألف من مجموع المكونات الأول والثاني في حين يظهر المكون الثالث كموجة منفصلة .

ولدى مراجعتنا للحالة المعروضة في الصور ١ ـ ٥ نلاحظ زيادة ترداد الموجات (سرعة نبض) وزيادة سعتها . ولكن وبعكس تأثير الأميل نيتريت فإن المكون الثالث لا يظهر أي ميل للعودة إلى الخط الأساسي . أما المنحنيات البيانية التالية تظهر بشكل نموذجي ردود فعل الفئتين ب و ج للعقاقير المذكورة أعلاه .

وكل واحد من المنحنيات البيانية المعروضة يمثل شكلاً مميزاً من ردود الفعل . أما الشكل(١٦) فهو يقدم خطوطاً بيانية عامة لأشكال ردود الفعل .

وقـد سجلت ردود الفعل على الـ أميـل نيتـريت II بنفس الطريقة . مع عرض التأثير المتأخر للهاليدور في النهاية .

إن الأرقام (التي هي بدون أقواس) الموضوعة في الصور تحت الموجات تشير إلى الحالات التي كان يظهر فيها التأثير المتأخر . أما الأرقام الموجودة داخل الأقواس فهي تشير إلى الحالات التي لم تستجب بالخفض المتأخر للنبض .

نتائج الدراسة :

ـ لدى ثمانية أشخاص من النمط (أ) أظهرت الاستجابة للنشقة الأولى من الـ آميل نيتريت تسارع النبض . وفي سبعة من هذه الحالات كان الهاليدور يستثير زيادة في سعة الموجات . ولم تظهر هذه الزيادة في الحالة الثامنة .

ـ كانت النشقة الثانية من الـ آميل نيتريت تتبع بزيادة النبض لدى أربعة من الأشخاص المذكورين أعلاه . ولم يظهر أي تغيير لدى الأربعة الباقين .

أما بالنسبة لتأثير الإعاقة المتأخرة (الكف الرجعي) للهاليدور فقد بدا كالتالي :

ـ الفئة (أ) : بدا هذا التأثير واضحاً في ستة من ثمانية حالات .

ـ الفئة (ب) : لم يستجيبوا لتأثير الـ آميل نيتريت وأظهر واحد منهم فقط (عددهم ٤) ردة فعل خفيفة أمام الهاليدور .

ـ الفئة (ج) : أظهروا (عددهم ٦) زيادة في سعة الموجات لدى استنشاقهم الـ آميل نيتريت . واستجاب خمسة منهم لتأثير الهاليدور . في حين بقيت حالة واحدة غير مستجيبة .

ولم تستجب ٤ من هذه الحالات للنشقة الثانية في حين استجابت الحالتان الباقيتان بزيادة السعة . وكان تأثير الإعاقة الرجعية للهاليدور واضحاً في ٥ من ٦ من هذه الحالات .

مناقشة :

من خلال هذه النتائج نتبين أن التأثير الحاد للهاليدور ، على سعة النبض وتردداه ، كان محصوراً في الحالات التي تستجيب للـ آميل نيتريت . إلا أن تأثير الهاليدور اختلف بشكل يمكن التعرف إليه عن طريق ملاحظتنا لاختلاف سلوك المكونين الثاني والثالث . كما أمكن للهاليدور زيادة سرعة النبض في حالات فشل فيها الـ آميل نيتريت . ومن ناحية أخرى فإن الهاليدور لم يزد سعة الموجات بقدر زيادة الـ آميل نيتريت لها .

إن تأثير النشقة الثانية من الأميل نيتريت ، التي تبعت إعطاء الهاليدور ، كان بشكل عام أقل أهمية من تأثير النشقة الأولى .

إن التأثير المعيق المتأخر للهاليدور على صعيد سعة الموجات لم يكن دائماً مصاحباً بانخفاض ضغط الدم .

مما تقدم نستنتج بأن العوامل المسؤولة عن توسيع الأوعية الدموية تتشابه بشكل جزئي في كل من الهاليدور والأميل نيتريت .

انعكاسات الهاليدور على التخطيط الدماغي :

من خلال هذه الدراسة تبين لنا أن الهاليدور ، المحقون وريدياً لم يؤدي إلى أي تغيير ظاهر في التخطيط الدماغي لدى ١٢ مريضاً من أصل الـ ١٨ موضوع الدراسة . أما في الحالات الستة الباقية فقد سجلنا الأنماط التالية لردود الفعل .

١ ـ اكتسبت موجات ألفا غير المنتظمة ميزة اشتدادية . بحيث

زادت نسبة ظهورها بشكل عشوائي .

٢ ـ أدت المثيرات الضوئية المتقطة إلى ظهور موجات حادة صادرة عن الصدغ الأيسر .

٣ ـ أدت المثيرات الضوئية المتقطعة ، المرسلة بعد إعطاء الهاليدور ، إلى ظهور موجات من نوع بيتا في مواضع ظهور نشاط موجات تيتا .

٤ ـ أدى إعطاء الهاليدور إلى زيادة نشاط ألفا . ونتج عن المثيرات الضوئية المتقطعة ظهور موجات حادة صادرة عن كلا الصدغين .

٥ ـ أدى إعطاء الهاليدور إلى تدعيم نشاط ألفا كما يبدو من خلال دورات ظهور موجات ألفا الحادة . وكانت المثيرات الضوئية المتقطعة تؤدي إلى استثارة ظهور موجات ألفا الحادة في أماكن ظهور موجات ألفا وانسداداً تاماً في الموجات ذات التردد الأعلى (بيتا وتيتا) .

٦ ـ كان إرسال المثيرات الضوئية المتقطعة ، بعد إعطاء الهاليدور ، يؤدي إلى ظهور عشوائي لنوبات تيتا ولكن بترداد بيتا .

وهكذا فإن ردات فعل التخطيط الدماغي كانت تتميز بملامح ظهور موجات عشوائية وذلك في ستة من ثمانية عشرة حالة . وهذه النتيجة تأتي منسجمة مع نتائج دراسة تأثير الهاليدور على الحيوانات .

مقارنة نتائج التخطيط الدماغي والتخطيط الدموي :

لم تظهر هذه المقارنة أية علاقة بين التأثيرين . لذلك فإننا نكتفي في هذه المقارنة بتسجيل الملاحظات التالية :

- إن ردود فعل التخطيط الدماغي من الأنماط ١ و ٤ و ٥ (راجع الصور) شوهدت لدى المرضى ذوي الاستجابة (أ) على التخطيط الدموي (راجع الفئة أ) .
- إن ردود فعل التخطيط الدماغي من الأنماط ٣ و ٦ (راجع الصور) شوهدت لدى المرضى ذوي الاستجابة (ب) على التخطيط الدموي (راجع الفئة ب) .
- إن ردود فعل التخطيط الدماغي من النمط ٢ (راجع الصور) شوهدت لدى المرضى ذوي الاستجابة (ج) على التخطيط الدموي (راجع الفئة ج) .

٢ ـ دراسة طبية ـ نفسية لـ ٨٥ حالة اضطراب في الوعي[١] :

E. Moussong-Kovacs

إن الدراسة الطولية الباحثة في الاضطرابات المرضية للوعي برهنت عن كونها طريقة فاعلة في تحديد بعض الخصائص الدينامية لحالات انحلال وإعادة تنظيم النشاط العقلي. وذلك في مختلف مراحل التطور العيادي للاضراب العقلي. وتتميز الحالات المرضية، موضوع الدراسة، بعدم تجانسها. وتتوزع هذه الحالات على النحو التالي:

ــ ٢٨ حالة تاذر فقدان الذاكرة عقب التعرض لصدمة كهربائية.
ــ ٥ حالات تناذر كورساكوف[٢].
ــ ٥ حالات تراجع عقلي[٣].
ــ ١٠ حالات تناذر ما بعد الجراحة النفسية[٤].
ــ ١٩ حالة هذيان حاد ذو منشأ متنوع (كحولي، التهابي،

---

(١) L'étude médico - Psychologique de 85 Cas de Trouble de la Conscience. E. K. Moussong. Dans : Association internationale de psychologie Appliquée, Congrès 1964.

(٢) Syndrome Korsakov : ويتميز بانخفاض قدرة المريض للتوجه في الزمان والمكان. وعلى هذا الأساس يصاب المريض بفقدان جزئي للذاكرة. ويمكن لهذا التاذر أن يظهر لدى مدمني الكحول، أثناء فترات الخبل الناجم عن التسمم، لدى مدمني المهدئات... إلخ.

(٣) Amentiforme : هو تعبير استخدمه العلماء الألمان (Meynert) للدلالة على نوع مميز من حالات الخبل. حيث يتراجع وعي المريض وتظهر لديه حالة من النوام وينعدم الترابط بين حديثه وأفكاره.

وعائي ، زهري . . . إلخ) .

ــ ١٣ حالة شرود ذو منشأ صرعي أو هيستيري .

ــ ٤ حالات تناذر غانسر(٥) .

ــ ٢ حالة فقدان وعي Vigile ونقص نسبة السكر .

ــ ٩ حالات تناذر نفسي ـ عضوي ذات طابع خبلي مع أو بدون Aphasic .

وبهذا يكون مجموع الحالات المدروسة خمسة وثمانون حالة .

وقد عمدنا لتسجيل المجرى التطوري لاضطراب الوعي لدى هؤلاء المرضى . وذلك اعتماداً على أسلوبين . فمن جهة استخدمنا الوسائل المتبعة تقليدياً في الطب النفسي ـ العصبي

---

(٤) Leucotomie : وهي طريقة جراحية ـ نفسية اقترحها العالم البرتغالي E. Monitz . وتتلخص هذه الجراحة بقطع بعض الوصلات العصبية على صعيد النص الجبهوي ـ التالاموس . وذلك بهدف شفاء المظاهر الذهانية لدى مرضى الفصام . البارافرانيا . . . إلخ . ولكن النتائج المتفاوتة لهذه الجراحة إضافة لتطور العلاجات الدوائية المتطورة أديا إلى تخلي الأطباء عن اتباع هذا الأسلوب .

(٥) Syndrome Cânser : ويسمى أيضاً باسم Pseudodemence Wernick ويقع في رأي بعض الباحثين ما بين حالة الكآبة الهذيانية وبين الأعصبة الناجمة عن الصدمات . ويتميز هذا التناذر بكون المريض يجيب على الأسئلة المطروحة عليه بطريقة غريبة . فهو يدرك السؤال ولكنه يجيب حول السؤال وليس عليه تماماً . وذلك بحيث تبدو إجابته غبية وغير ملائمة . هذا ويعتبر Porot أن هذا التناذر يمكن أن يصاحب مرضى الفصام التخشبي . وكان العالم Ganser قد وصف هذا التناذر في العام ١٨٩٨ .

(فحص عيادي ، فحص السائل الشوكي ، التصوير الدماغي - الغازي ، وتخطيط الدماغ الذي استخدمناه كمؤشر موضوعي لحالة التنبه ودرجته) . ومن جهة أخرى قمنا بتقدير المردود النفسي لهؤلاء المرضى عن طريق تطبيق اختبارات نفسية مختلفة (رورزشاخ ، بن - رورزشاخ ، بيندر - جيشتالت ، الرسم الفكري للبيت والشجرة والشخص . إضافة لبعض اختبارات الذاكرة والذكاء) .

وقد جرى تكرار هذه الفحوصات المتعدِّدة عدة مرات على المريض الواحد . بحيث كنا نجريها في المرة الأولى (في غالبية الحالات) في لحظة بلوغ اضطراب الوعي حده الأقصى . وعلى العموم تطابقت هذه اللحظة مع دخول المريض إلى المصح . وكانت هذه الفحوصات تتكرر خلال وبعد استقرار حالة الوعي عند المريض .

على أنه لم تكن لنا حرية التقسيم المنهجي وتراتبية إجراء الفحوصات إلا في الحالات التي كان يخضع فيها المريض لتدخل علاجي (كالصدمة الكهربائية مثلاً) . ففي مثل هذه الحالة أتيح لنا إجراء الفحوصات قبل إجراء الصدمة وبعدها مباشرة . ومن ثم كنا نكرر هذه الفحوصات بعد فترات محددة من نهاية العلاج بالصدمة . ولغاية السنتين بعد هذه النهاية . حتى أنه أتيحت لنا الفرصة لتطبيق اختبار رورزشاخ أو اختبار الرسم الفكري أثناء الفترة العشوائية - الصرعية وبعدها مباشرة .

من خلال تطبيقنا ، المتكرر مئات المرات ، لهذه الفحوصات لم نتمكن من التوصل إلى نتائج تحليلية - إحصائية ولكننا تمكنا من

استخلاص عدد من النتائج المهمة هي التالية:

١ ـ لاحظنا تطابقاً واضحاً بين نتائج مختلف الاختبارات المطبقة في حالة معينة . وقد أتاح لنا التطبيق المتزامن لهذه الفحوصات اختبار حساسية كل منها . ومن ثم المقارنة بين نتائج هذه الفحوصات وبين المعطيات العيادية ـ الموضوعية لاضطراب السلوك في مراحل مختلفة لاضطراب الوعي .

وعلى سبيل المثال فإن تطبيق رورزشاخ ، خلال فترة العلاج بالصدمة الكهربائية ، يدلنا على حصول تسرب تدريجي للوعي . إضافة لعلائم نفسية ـ عضوية متصاعدة ولكن مع احتفاظ المريض بخصائصه النفسية ـ الشخصية . إلا أننا وانطلاقاً من مرحلة مميزة بظهور موجات تيتا ودلتا على التخطيط الدماغي نلاحظ اختفاء أية علامة دالة على الخصائص الشخصية للمريض . وهذا الوضع ليس إلا تكراراً بسيطاً لمجموعة مظاهر السلوك المكرر ـ التشريحي . أو لأشكال الأشياء المدركة بشكل خاطيء . كما نلاحظ غياب الأجوبة الحركية . على أن نتائج الرورزشاخ لا تعود إلى طبيعتها إلا بصورة بطيئة جداً . فبعد عدة أشهر من نهاية العلاج بالصدمة الكهربائية تظل علائم الفترة العلاجية واضحة في أجوبة المريض على رورزشاخ . وهذا التطابق لا يوجد فقط بين نتائج الفحوصات المختلفة ولكنه موجود أيضاً بين نتائج الاختبار نفسه . فعلى سبيل المثال نلاحظ أن التغيرات المتبدية على اختبار الرسم الفكري إنما تأتي متوازية مع التغيرات التي تعكسها الحالة ذاتها على صعيد التخطيط الدماغي .

أما في حالات تناذر غانسر Ganser فإننا نلاحظ اختلالاً تنظيماً أكثر عمقاً فيما يتعلق بصورة الجسد . كما نلاحظ الاختلال نفسه في حالات العتة . ومن هنا تفضيلنا لاختبار رسم الشخص في هذه الحالات .

واختبار رسم الشجرة من ناحيته يقدم لنا مرونة كبيرة في التعرف إلى حالات الخبل الهيستيري ، والنسايات ، كما أنه يقدم لنا متغيرات عديدة بالمقارنة مع الاختبارات الأخرى . وإذا كان رسم الشجرة غني بالاختلافات والتنوعات لدى نفس الشخص فإنه على العكس يعطينا معلومات دقيقة ومحددة في حالات الهذيان والنساية الناشئين عن إصابة عضوية على صعيد الدماغ .

وهذا التباين والتنوع في نتائج الاختبارات النفسية يبدو لنا متأثراً بـ :

- عمق اضطراب الشخصية ومقدرة الاختبار على سبر هذا العمق ومدى صلاحيته لذلك . فرسم المنزل (وهو صورة الأنا الاجتماعية) أو البنى الهندسية (المستعملة في اختبار بيندر - جيشتالت) هي اختبارات للخصائص المقولبة وبالتالي فإنها تعكس بطريقة سطحية تمثلات الأنا الانفعالية . هذه التمثلات التي يعكسها رسم الشجرة أو رورزشاخ بعمق أكبر .

- تبدي بعض الاختبارات تخلفاً في إظهار دينامية تطور أو تراجع الحالة المرضية . ولكنها تتيح لنا تمييز بعض خصائص تراجع الحالة المرضية . فمع متابعتنا لمراحل العلاج بالصدمة

الكهربائية نلاحظ حالات حقيقية من النكوص الأنطولوجي أو حالات النكوص الطفولي (المنعكسة من خلال الأشكال الهندسية لاختبار بيندر. . . جيشتالت) وذلك بخاصة لدى الهذيانيين والمعانين من اضطرابات التعبير الكلامي، ولكننا بعد عملية قطع الخيوط الواصلة بين نصفي الدماغ نلاحظ اضطرابات تنظيم من نوع مختلف. فإذا ما قارنا رسوم هذا المريض بعد أسبوع من العملية برسومه بعد ثلاثة أسابيع منها فإننا نلاحظ فروقاً مدهشة. ففي الرسوم التي تأتي عقب العملية مباشرة نلاحظ حالة قوية من الإعاقة. تتجلى من خلال تكرار المريض للحركة نفسها وعلى ذات الوتيرة. ومن خلال تنفيذه الدقيق والمستمر لتفصيل موحد. وهذه العلائم تعتبر مميّزة لرسوم الخارجين حديثاً من هذه العملية. أما نتائج اختبار رورزشاخ فقد جاءت متشابهة في كلتا المرحلتين (بمعنى أن هذا الاختبار كان عاجزاً عن عكس التغيرات الحاصلة بين الأسابيع ١ و ٣ بعد العملية).

وهكذا فإن الخلاصة الأولى لدراستنا هذه تتعلق بالقيمة الوظيفية النسبية لبعض الاختبارات النفسية. وبالتالي مظهرهم التفريقي.

٢ ـ هل نستطيع تحديد تناذرات لاضطراب الوعي ممكنة التحديد عن طريق التشخيص النفسي ؟ .

للجواب نقول بأن دراستنا استطاعت تقسيم الحالات المدروسة إلى مجموعتين كبيرتين هما :

أ ـ المجموعة الأولى :

وتصف هذه المجموعة بالخصائص الآتية :

لدى تطبيقنا لاختبار رورزشاخ على هذه الحالات نرى بأن نتائجه تكون مميزة بعدم الانتاجية (انخفاض عدد الإجابات) ، التكرارية ، انخفاض الأجوبة الحركية والأجوبة من نوع الشكل ـ اللون .

ولدى تطبيقنا لاختبار بيندر ـ جيشتالت على نفس الحالة فإننا نلاحظ أنه يعكس اضطراباً بسيطاً . أما اختبار الرسم فإنه يكتفي بإعطائنا علائم صعوبة توجه المريض في المكان وفي بعض التفاصيل . وذلك مع الاحتفاظ التام بالشكل وأحياناً الإغفال ، بطريق الصدفة ، لإحدى البنى التحتية للاختبار .

وهذا الاختبار ـ التناذر يلاحظ في جميع حالات الإصابات ما تحت اللحائية (تحدد بطرق الفحص العصبي ـ تخطيط دماغي ـ جراحة عصبية . . . إلخ) . كما يصادف هذا الاختبار ـ التناذر في حالات كورساكوف الوعائي ، في حالات الأورام ، عقب التعرض للصدمات الكهربائية ، عملية استئصال الصلات ، النسايات ، وأخيراً في حالات الإرتجاف البسيط .

ب ـ المجموعة الثانية :

إن الحالات الهذيانية تقدم لنا ظواهر وانعكاسات (على صعيد الاختبارات) مختلفة تماماً عن المجموعة الأولى . ففي هذه الحالات نلاحظ أن نتائج رورزشاخ تتميز بالغنى الزائد لانتاجية

الأفكار ، زيادة ملحوظة في الأجوبة الحركية (بخاصة تلك المتعلقة بالتفاصيل الصغيرة وبالحدود) ، أجوبة مظلم - منير غير اعتيادية ، أجوبة تعكس علائم الرهبة أو على العكس ذات محتوى كوميدي مع طابع عام عبثي .

أما اختبار بيندر - جيشتالت فهو يعطي نتائج غاية في الاضطراب مع علائم نكوصية تضاف إليها تهويلات بيانية .

أما في اختبارات الرسم الإسقاطي فإننا نتبين علائم هلاسية وتفاصيل فائقة القرابة في أفكارها .

ومن خلال تجاربنا السابقة والدراسة الحالية نستطيع القول بأن نمط الاستجابة للاختبارات النفسية يتحدد من خلال المنطقة الدماغية المصابة بالعطل (عضوي أو وظيفي) الكامن وراء الاضطراب النفسي المرضي . ولا يتحدد من خلال سببية ومنشأ الاضطراب . ومن الأمثلة على ذلك حالة ذلك المريض المصاب بالسكري الذي تم فحصه خلال عدة نوبات فقدان وعي (ناجمة عن نقص السكر الحاد) . وكان بعض هذه النوبات هذيانياً وبعضها الآخر ذو طابع خبلي . وحتى مع اضطراب كلامي عابر. في هذه الحالة لاحظنا تراوح نتائج الاختبارات بين المجموعة الأولى والثانية . وذلك تبعاً لنوعية النوبة .

وقد توصلنا للملاحظة ذاتها في الحالات التالية :

- ٣ حالات إصابات عصبية ناجمة عن السفلس .
- ٢ حالة هذيان .

ـ حالة إصابة ما تحت لحائية (أكيدة مع تناذر خبلي ـ نسياني).

كما أن تطبيق رورزشاخ لدى المصروعين يقدم لنا بدوره مؤشرات ثمينة فيما يتعلق بمنشأ المرض . والمؤشرات نفسها توجد في صور الهستيريين . مما يشير إلى القرابة ، في المنشأ المرضي ، لهاتين المجموعتين العياديتين .

إن خطورة العوارض النفسية وعمق اختلال البنية النفسية هي عوامل لا تتعلق فقط بحدة استقرار العامل المرضي . ولكنها تتعلق أيضاً ، وبشكل خاص ، بسرعة مفعولها الضار على صعيد الوعي . فإذا ما أتاحت لنا نتائج الاختبارات تحديد مرحلة تاريخية محددة في القصور الذاتي للمريض فعندها نقول بأن تراجع الوعي يكون في مرحلته النكوصية . أما عندما تطال السيرورة المرضية الملامح الأساسية للظواهر فإن تراجع الوعي يكون في مرحلته التفككية .

إلا أن فظاظة تعاقب المراحل ، المصادفة في حالات اضطراب الوعي القابلة للتراجع ، تبرهن لنا أن تراجع الوعي التفككي لا يتم دائماً بالطريقة نفسها وإنه لا يكون متجانساً . ويبدو هذا التراجع خاضعاً لمبدأ البنية (أو تفكك البنية النفسية) ، مع ما يرافقها من تباين نتائج الفحوصات (التي شرحناها أعلاه) ، وتبدو كأنها نابعة من اختلال هيكل التنظيم الوظيفي لحالة التنبه . وهذا الإختلال هو شرط ضروري لحدوث اضطراب الوعي . ولكنه يتغير بتغير الفعل الواعي الذي يطاله الاضطراب .

٣ ـ تأثير معيقات خمائر التأكسد الآحادية في علاج حالات الانهيار ثنائية القطب ـ عرض حالات عيادية[١] :

Rihmer. Z, Arato. M, Bagdy. G.

تقديم :

إن العنوان الأصلي لهذه الدراسة هو[١] : العلاقة بين ارتفاع نشاط خمائر التأكسد الأمينية الآحادية[٢] في الصفائح الدموية وبين الاستجابة العلاجية لمضادات الانهيار من نوع معيقات خمائر التأكسد الأمينية الآحادية[٣] في حالات الانهيار ثنائي القطب[٤] ـ عرض لحالتين عياديتين .

ويتركز هذا البحث على حالتين لامرأتين مصابتين بالانهيار الداخلي ـ ثنائي القطب . والحالتان لم تستجيبا للعلاج بمضادات الانهيار التقليدية (من نوع ثلاثية الحلقات) . كما فشل علاجهم الوقائي عن طريق أملاح الليتيوم . وقد أثبتت الفحوصات زيادة نشاط الـ MAO في الصفائح الدموية لهاتين المريضتين .

(١) Association between High Platelet MAO Activity and Respence to MAO inhibitor in Depressed Bipolars : Case reports. in Pharmacopsychiat. 16 (1983) 119 - 120 - Georg Thieme Verlag Stuttgart : New York.

(٢) ويرمز لها اختصاراً بـ M.A.O. وتعني Mono - Amino - Oxidase .

(٣) ويرمز لهذه العقاقير اختصاراً بـ I.M.A.O. .

(٤) الانهيار ثنائي القطب هو أحد الأشكال العيادية لذهان الهوس الانهياري . وفيه تتعاقب نوبات الهوس والانهيار .

والمؤلفون ينقلون لنا النجاح الباهر لمضادات الانهيار من نوع الـ IMAO في علاج هاتين الحالتين . عن طريق هذا العرض يحاول المؤلفون أن يؤكدوا لنا بأن هنالك نسبة بسيطة من مرضى الانهيار الداخلي يملكون نشاطاً زائداً للـ MAO (عادة ينخفض هذا النشاط لدى مرضى الانهيار الداخلي). وهم يوحون بأن العلاج المثالي لهذه الحالات إنما يتمثل بعقاقير الـ (IMAO).

تمهيد :

ينقل لنا Gershon (١٩٧٩) انخفاض نشاط خمائر MAO في الصفائح الدموية للمرضى المصابين بالانهيار ثنائي القطب بشكل خاص ويؤكد هذه النتائج كل من Fieve (١٩٨١) و Leckman(١٩٧٧) و Murphy-Weiss(١٩٧٢) .

هذا وقد أشارت أبحاثنا الخاصة ، المجراة على ٥٦ امرأة من المصابات بذهان الهوس الانهياري خارج فترات النوبات ، إلى الانخفاض الواضح لنشاط الـ MAO لدى ٤٢ مريضة منهن (وصفت تفاصيل هذه التجربة في مقال منفرد لـ Rihmer-Arato) . ولكننا لاحظنا في ستة حالات ، من أصل الـ ٥٦ حالة المشار لها أعلاه زيادة نشاط خمائر MAO بشكل ملحوظ . وعلى هذه الحالات الستة يذكر بحثنا الحالي . وتحديداً فإن إثنين من هذه الحالات تعرضتا فيما بعد لنكسات انهيارية فعالجناهما بمضادات الانهيار من نوع IMAO . وتحديداً بعقار NIALAMIDE . وكانت كلتا الحالتين تنضويان تحت تصنيف ذهان الهوس الانهياري الأولي (وفق R.D.C (Spitzeretal 1978) . كما أن كلتا الحالتين قد حصلتا على أكثر من

٢٤ نقطة في اختبار هاميلتون المخصص للحالات الانهيارية .

وقد استجابت هاتين الحالتين بسرعة للـ Nialamide . في حين كانت استجابتهن السابقة (خلال فتراتهن الانهيارية السابقة) لمضادات الانهيار ثلاثية الحلقات محدودة جداً .

وفيما يلي عرض لهاتين الحالتين :

١ ـ الحالة الأولى :

السيدة أ ، مطلقة لها من العمر ٦٤ سنة وهي ربة منزل . وكان أخو هذه السيدة قد دخل المستشفى للعلاج من ذهان هوس انهياري ثنائي القطب .

وقد بدت هذه السيدة إيجابية ، اجتماعية وذات شخصية مميزة بالاضطراب المزاجي الدوري « تعرف هذه الشخصية بالمزاجية ـ الدورية Cyclothymique وتعتبر صاحبتها معرضة للإصابة بالهوس الانهياري بنسبة كبيرة» .

وكان المرض قد ظهر لديها وهي في عمر الـ ٥٥ سنة . وقد أدخلت عدة مرات إلى المستشفى لعلاج نوبات انهيارية ـ داخلية من النوع الحاد . وبعد سنتين ظهرت لديها النوبة الأولى للهوس ، وكانت هذه النوبة قاسية واقتضت إدخالها للمستشفى . وخلال تسع سنوات من تطور المرض كانت مريضتنا قد دخلت المستشفى ١١ مرة (٧ مرات بسبب الانهيار و ٤ مرات بسبب الهوس) . خلال السنة الثالثة من مرضها استخدم الليتيوم في علاجها . ولكنها تعرضت لانتكاسة جديدة بالرغم من أن مستوى الليتيوم لديها كان

أكثر من ٠,٧ مليمول/ليتر[٥] . وبهذا فشل الليتيوم في وقاية هذه السيدة من نوبات المرض . وأخيراً ومنذ ثمانية أشهر بدأ علاج هذه السيدة بعقار الـ Carbamazepine . وخلال فترات انهيارها السابقة كانت قد عولجت بجرع كبيرة (١٥٠ ـ ٢٥٠ مغ يومياً) من مضادات الانهيار التقليدية (Imipramine + Amitriptyline) . وفي حينه ظهرت تحسنات طفيفة إثر هذا العلاج . وذلك بحيث كانت الظواهر الانهيارية تستمر لفترة تراوح بين ٤ و٧ أسابيع . وفي آخر نوبة انهيارية تبدت لدى المريضة مظاهر عيادية ـ انتكاسية .

وبسبب معرفتنا لارتفاع نشاط خمائر الـ MAO لدى هذه المريضة فقد لجأنا إلى علاجها بمضاد الـ MAO (NIALAMIDE) . وقد بدأنا العلاج بجرعة ٧٥ مغ يومياً . وما لبثنا أن زدنا هذه الجرعة ، في الأسبوع التالي ، إلى ١٥٠ مغ يومياً . وقد استجابت المريضة لهذا العلاج بسرعة كبيرة وبطريقة درامية . ففي اليوم العاشر لتناول الدواء كانت المظاهر المرضية قد اختفت تقريباً . وبعد ٢١ يوماً من بدء هذا العلاج أظهرت مريضتنا مظاهر هوسية ملطفة (مما يعني خروجها من حالة الانهيار) مما أتاح لنا السماح لها بمغادرة المستشفى . واستمرينا بمتابعتها بعد ذلك . وفي الشهر الثالث للعلاج كانت مريضتنا قد أصبحت متوازنة المزاج.

---

(٥) يعتبر المستوى العلاجي المثالي لنسبة الليتيوم ما بين ٠,٦ و١,٠ مليمول/ليتر . وذلك شرط ألا تتبدى الآثار الجانبية على المريض . كمثل الغثيان ، القيء ، الإسهال ، الإرتجاف والضعف العضلي . وتبدأ آثاره التسممية بالظهور لدى بلوغ نسبته في الدم ٢,٠ مليمول/ليتر .

وكنا قد أجرينا فحصاً لنشاط خمائر MAO في الصفائح الدموية لهذه المريضة فوجدنا أنه ، وابتداءً من اليوم الثامن عشر للعلاج ، قد انخفض إلى ٠,٨ مع إعاقة في حدود الـ٩٧٪ .

٢ ـ الحالة الثانية :

السيدة ب . أرملة في الواحدة والخمسين من عمرها . والدة لطفلين . أمها وأختها عانين من حالات انهيارية ثنائية القطب . وقد أدخلت الأخت إلى المستشفى مرتان للعلاج من هذا المرض .

وكانت شخصية السيدة ب غير مستقرة المزاج (Cyclothymique) مع ملامح عدائية مخففة وطابع هيستيري . وكان مرضها قد بدأ وهي في سن الرابعة والأربعين بمظاهر انهيارية ، وفي العام نفسه اضطرت للدخول إلى المستشفى بسبب نوبة هوس حادة . وبعد خمسة سنوات عانت هذه السيدة من نوبة هوس أخرى . وبدأت في حينه علاجاً بأملاح الليتيوم بهدف وقائي . وقد فشلت هذه الوقاية إذ ظهرت لدى مريضتنا ٤ نوبات هوسية و ٥ نوبات انهيارية ، وذلك خلال السنوات الثلاثة الأخيرة ، وكنا قد بدأنا قبل سبعة أشهر علاجاً بالـ Carbamazepine ، ولكن دون نتيجة تذكر .

وبما أن نشاط خمائر الـ MAO مرتفع لدى هذه المريضة فقد باشرنا علاجها بمعيق لهذه الخمائر Nialamide . وذلك في مواجهة حالة الانهيار القاسية التي أظهرتها المريضة . وقد بدأنا العلاج بجرعة ٧٥ مغ يومياً . وزدناها في الأسبوع التالي إلى ١٥٠ مغ

يومياً . وكانت نتائج هذا العلاج مدهشة . فبعد الأسبوع الأول للعلاج لم يعد لدى المريضة سوى مظاهر انهيارية خفيفة . واستمرت هذه المظاهر بالانخفاض لغاية اليوم الرابع عشر حيث اختفت هذه المظاهر بصورة شبه كاملة . وفي اليوم العشرون من بداية العلاج سمح للمريضة بمغادرة المستشفى ، وبعد ثلاثة أسابيع من ذلك ظهرت لدى المريضة مظاهر هوس خفيفة ما لبثت وأن انتهت بعد شهرين .

وإذا ما قارنا هذه النتيجة بعلاج النوبة الانهيارية السابقة (عن طريق الجمع بين عقاري الـImipramine والـ Amitriptyline بجرعة ٢٥٠ مغ يومياً) ، حيث لم تستطع المريضة مغادرة المصح قبل ستة أسابيع ، نجد أن عقاقير الـ IMAO هي الأنجح في علاج مثل هذه الحالات .

المناقشة :

إن العلاقة بين مفعول العقاقير وبين نشاط خمائر الـ MAO هي علاقة لم تتم دراستها بشكل وافٍ بعد (Goodwin etal 1978) . ولم ينشر إلا القليل من المعطيات المتعارضة حول هذا الموضوع .

وفي واحد من أحدث أبحاثه يصر Rosen أن لنشاط خمائر الـ MAO في الصفائح الدموية دور هام جداً في تحديد استجابة الجسم للعلاج . وفي تحديد نوعية مضاد الانهيار المناسب .

وكنا في دراسة سابقة قد تناولنا موضوع علاج مرض انهيار أولي ، فوبيا وعصاب الوساوس القهرية . وأثبتنا في تلك الدراسة

أن الذين استجابوا للعلاج بمعيقات الـ MAO أكثر من غيرها كانوا ممن يملكون نشاطاً عالياً لخمائر الـ MAO . وكان هذا النشاط لديهم أعلى منه لدى أولئك الذين استجابوا أكثر للعلاج بمضادات الانهيار الثلاثية . (دراسة لـ Rihmer ـ ١٩٨٢) .

كما أن دراسات أخرى ، سابقة لدراستنا الحالية ، أثبتت فعالية معيقات الـ MAO في علاج حالات الانهيار اللانموذجية (Sternetal 1980) . حيث ذكر المؤلف حالتين هوس ـ انهيار لم تستجيبا للعلاج بالمضادات الثلاثية وأملاح الليتيوم كوقاية . في حين استجابتا بصورة جيدة لمعيقات الـ MAO .

وأيضاً Quitkin (١٩٨١) أعلن عن حالات انهيارية ثنائية القطب قاومت المضادات الثلاثية ونجحت معيقات الـ MAO في علاجها . وأخيراً نشر Potter (١٩٨٢) حالاتٌ أظهر فيها فعالية أحد معيقات الـ MAO (وهو الـ Clorgylin) في الوقاية من حالات هوس انهياري ذو نوبات متكررة ، في حين فشلت أملاح الليتيوم في هذا الدور الوقائي ، وكان الـ Clorgylin يعطى بجرع صغيرة. . . إلخ .

إن دراستنا الحالية لم تكن سوى محاولة لتبين العلاقة بين نشاط خمائر التأكسد الأمينية الأحادية (MAO) في الصفائح الدموية وبين فعالية العلاج بالعقاقير المعيقة لهذه الخمائر . وهذه المحاولة لا تستبعد أو تنفي احتمال نجاح هذه العقاقير في علاج الحالات الأخرى .

على أن هنالك بعض النقاط المشتركة بين الحالتين

المعروضتين في هذه الدراسة . وهذه النقاط هي التالية :

١ ـ وجود سوابق أمراض مزاجية (هوس ـ انهيار) لدى أقارب المريض من الدرجة الأولى .

٢ ـ وصول المرض لدرجة الاستفحال . لدى تصدينا لعلاجه .

٣ ـ كونه ثنائي القطب بما فيه الانهيار المتأخر .

٤ ـ عدم الاستجابة للعلاج الوقائي بأملاح الليتيوم.

٥ ـ عدم استجابة النوبات الانهيارية السابقة للعلاج بالمضادات الثلاثية.

٦ ـ ارتفاع نشاط خمائر الـ MAO في الصفائح الدموية . وسرعة الاستجابة للعلاج بمعيقات الـ MAO . وترافق هذا العلاج بانخفاض نشاط خمائر الـ MAO وإعاقته لها .

وأخيراً فبالرغم من أن غالبية مرضى الانهيار ثنائي القطب يظهرون مستويات منخفضة لنشاط خمائر MAO إلا أن دراستنا هذه تؤيد الإيحاء الذي طرحه Agren في العام ١٩٨١ . ويقول هذا الإيحاء : إن هنالك عدد قليل من هذه الحالات حيث يرتفع نشاط خمائرMAO . وفي مثل هذه الحالات فإن الحل الأفضل يكمن في استعمال العقاقير معيقة MAO . خاصة وأن هذه الحالات لا تستجيب لمضادات الانهيار الثلاثية ولا للعلاج الوقائي بأملاح الليتيوم .

٤ ـ حول اختبار قمع الديكساميتازون[١] في حالات الانهيار المقنع[٢]:

Rihmer. Z, Szadozky. E, Arato. M.

تقديم :

إن الشكاوي الجسدية ، وبشكل خاص الآلام والتنميل ، تشكل غالباً قسماً من الجدول العيادي لحالات الانهيار (Von Knor-ring 1975) و (Cadoreletal 1981) و(Kathon etal 1972) . ووفقاً لنظرية الانهيار المقنع[٣]، التي نادى بها العلماء Lopez-Ibor و Kielholz ، فإنه من الممكن لهذه المظاهر أو العوارض الجسدية

(١) Dexamethasone وهو من عقاقير الكورتيزون المصنعة . وتعادل جرعة ١ مغ منه جرعة ٧,٥ مغ من عقار الـ Prednison . ويؤدي هذا العقار إلى الهبوط الوظيفي لـ : ما تحت المهاد ـ النخامية ـ الكظرية (- Hypothalamo - Hypophyso Cort s.r) . وهو يستخدم كعلاج مضاد للتورم كبقية الكورتيزونات . كما يستخدم لأغراض تشخيصية ، كمثل تشخيص تناذر Cusching (زيادة إفراز الكظرية) . وذلك بإعطاء المريض جرعة من الديكساميتازون ومن ثم فحص نسبة الكورتيزونات في دمه وبوله بعد فترة . فإذا ما نجح الجسم في التخلص (قمع) من الزيادة الطارئة دل ذلك على عدم وجود اضطراب غددي . أما إذا فشل القمع فإن ذلك يعني وجود الاضطراب الغددي .

(٢) Dexamethasone Suppression Test in Masked Depression. in Journal of affective Disorders, 5 (1983) 293 - 296.

Rihmer. Z. Szadoczdy. E. Arato. M.

(٣) الانهيار المقنع Masked Depression : وفيه تقتصر المظاهر الانهيارية على الناحية الجسدية لوحدها . في حين تبقى المظاهر النفسية مستترة . للتعمق انظر : الانهيار العصبي ، د . محمد نابلسي ، الرسالة ـ الإيمان ١٩٨٦ .

أن تخفي أو تقنع الظواهر النفسية التقليدية للانهيار . بحيث يكون الانهيار مقنعاً من خلال اقتصار تظاهراته على الصعيد الجسدي (Sternbach, 1978) .

أما عن الأصل الطبي لهذا الشكل العيادي (المقنع) فهو غير معروفٍ بدقة . ذلك أن العادة جرت على علاج هذه المظاهر على طريقة العلاج الظواهري (كإعطاء مضادات الألم لعلاج الآلام ذات المنشأ البسيكوسوماتي) . وهو بطبيعة الحال علاج غير صحيح (Kathon, 1982) .

إن البحث العلمي الموضوعي ، المعتمد على استخدام الراسمات الحيوية[٤] ، أثبت بأن لاختبار قمع الديكاميتازون (D.S.T) أهمية فائقة في تدعيم تشخيص الانهيار المتأتي من الداخل والبت بهذا التشخيص . فقد ظهرت لدى أكثر من نصف المصابين بهذا النوع من الانهيار ردود فعل غير عادية أمام اختبار قمع الديكاميتازون الـ (D.S.T) .

وإذا كان الانهيار المقنع واحداً من أشكال الانهيار الداخلي فعلينا أن نتوقع نسبة متشابهة لردود الفعل غير العادية في كلتا حالتي الانهيار الداخلي والانهيار المقنع . وقد هدفت دراستنا الحالية إلى تقييم مدى صحة وموضوعية هذه الفرضية .

---

(٤) الراسمات الحيوية Markers biological : في مواد تعطى للشخص ومن ثم متابعة أيضها في الجسم عن طريق متابعة آثارها مع الوقت .

وسائل البحث :

تألفت عينة البحث من ستة عشرة امرأة تمت متابعتهن خلال سنتين . وكان قسم منهن معالج عيادياً . والقسم الآخر كان يعالج في مستشفى المعهد الوطني للأمراض العقلية والعصبية في بودابست . وكان توجيهن إلينا قد تم لأجل الفحص الطبي ـ النفسي العام . الذي اقتضته ظروف التعارض بين شكاويهن الجسدية الذاتية وبين غياب أي سبب عضوي ـ موضوعي يمكنه تفسير هذه الشكاوي .

أما عن الأسس التي اتبعناها في تشخيص الانهيار المقنع فهي التالية :

١ ـ هيمنة واستمرارية شكاوي جسدية اقتضت على الأقل مراجعتين طبيتين . الأولى عامة والثانية اختصاصية (سواء أكانت داخلية أم عصبية أم جراحية أم نسائية أم غيرها) . وذلك دون أن يتمكن الطبيب من اكتشاف سبب عضوي (سواء بالفحص الجسدي أو المخبري) من شأنه تبرير العلائم الجسدية موضوع الشكوى .

٢ ـ ديمومة هذه الشكاوي لمدة شهر على الأقل .

٣ ـ إن تأكيد تشخيص حالة الانهيار البسيط (عن طريق الـ R.D.C.) يستبعد معه احتمالات وجود حالة انهيارية متطورة . كما يستبعد وجود اضطرابات نفسية أخرى .

وكما سبقت الإشارة فقد توافرت هذه الشروط لدى ستة عشرة

مريضة . فقمنا باخضاعهن لاختبار قمع الديكساميتازون . وإليكم التجربة .

طريقة البحث :

أعطيت المريضة جرعة واحد ميلليغرام من الديكساميتازون ، عن طريق الفم ، في الساعة العاشرة مساءً . وفي الثامنة من صباح اليوم التالي كنا نأخذ عينة من دمها لتحديد نسبة الديكساميتازون في البلاسما . كما كنا نعيد الكرة فنفحص هذه النسبة في الساعة الثالثة بعد الظهر . ومن ثم نقوم بمقارنة هذه النسب مع النسب التي نعتبرها عادية . وهذه الأخيرة هي كما يلي :

- ارتفاع نسبة الديكساميتازون في البلاسما عن خمسة ميكروغرامات في الدسيليتر الواحد من البلاسما . سواء أظهر هذا الارتفاع في عينة الساعة الثامنة أو في عينة الساعة الثالثة .

ومن ثم عالجنا جميع المريضات بمضادات الانهيار (انتقى كل باحث واحد من مضادات الانهيار التالية : Maprotiline, Imipramine, Amitriptyline) . وذلك بجرع تراوحت بين ١٢٥ و٢٥٠ مغ في اليوم . ودام هذا العلاج ثلاثة أسابيع على الأقل . وتم اعتبار المريضات اللواتي اختفت لديهن العوارض ، أو تدنت بشكلٍ ملحوظ ، بمثابة متفاعلات مع العلاج الدوائي .

كما أخذنا بعين الاعتبار التاريخ العائلي ـ المرضي للمريضات (Mendelwicz) .

وأخيراً فإن التشخيص العيادي ، استناداً إلى هذا الاختبار ،

كان يتم على طريقة البحث الأعمى من قبل كل من المؤلفين الثلاثة . كل على حدة .

نتائج البحث :

ونلخص هذه النتائج بالجدول التالي الذي يبين الخصائص العيادية والمخبرية للمريضات . وقد توزعن كما يلي :

أ ـ ١٢ مريضة استجبن بطريقة غير اعتيادية (لم يتم قمع الديكساميتازون لديهن) . فكانت نسبة الديكساميتازون لديهن ترتفع على النحو التالي :

ـ عينة الساعة الثامنة : ٧,٦ ـ ١٢,١ ميكروغرام/دسل بلاسما .

ـ عينة الساعة الثالثة : ٥,٥ ـ ٨,٨ ميكروغرام /دسل بلاسما .

ب ـ ٤ مريضات استجبن بطريقة اعتيادية (تم قمع الديكساميتازون لديهن) . وكانت نسبهن كالتالي :

ـ عينة الساعة الثامنة : ٠,٢٥ ـ ٠,٤٨ ميكروغرام/دسل بلاسما .

ـ عينة الساعة الثالثة : ٠,٤١ ـ ٠,٦٥ ميكروغرام/دسل بلاسما .

وإليكم الجدول :

جدول يبين خصائص الستة عشرة مريضة المصابات بالانهيار المقنع	
- متوسطات أعمار المريضات	٤٧,٢ سنة
- حدود الأعمار	٣٤ - ٦٧ سنة
- عدد المريضات ذوات السوابق - العائلية المزاجية(*)	٣ مريضات
- عدد المريضات المستجيبات بطريقة غير اعتيادية للـ D.S.T	١٢ مريضة
- عدد المريضات المستجيبات بطريقة اعتيادية للـ D.S.T	٤ مريضات
- عدد المستجيبات للعلاج بمضادات الانهيار	١١ مريضة
- عدد غير المستجيبات للعلاج بمضادات الانهيار	٥ مريضات
- عدد المريضات اللواتي لديهن ميل نحو الاضطراب المزاجي	٣ مريضات
- توزع الشكاوي الجسدية	
● الرأس	٣ مريضات
● الصدر	٤ مريضات
● البطن - التناسلية	٨ مريضات
● الأطراف	١ مريضة واحدة

(*) جميع هؤلاء الأقارب للمريضات كانوا قد عانوا من اضطرابات مزاجية وحيدة القطب - انهيار. وواحد منهم فقط انتحر.

وتعليقاً على هذا الجدول نقول ما يلي :

أ ـ أن غالبية مريضاتنا (١١ من أصل ١٦) ، ٦٩٪ ، وقد استجبن جيداً للعلاج بمضادات الانهيار .

ب ـ من ضمن الـ١٢ مريضة اللواتي أظهرن ردود فعل غير عادية أمام الـ D.S.T . هناك عشرة منهن استجبن للعلاج بمضادات الانهيار .

ج ـ من ضمن ٤ مريضات استجبن بطريقة عادية للـ D.S.T . فإن واحدة فقط منهن استجابت للعلاج بمضادات الانهيار .

د ـ ثلاثة مريضات منهن فقط كانت في عائلاتهن سوابق أمراض مزاجية (انهيار فقط) . ونحن إذ اتبعنا ، في دراستنا هذه ، مبدأ التاريخ المرضي للعائلة فمرد ذلك لاعتقادنا بأن هذه الطريقة تعطي نسباً أكثر موضوعية من طريقة الدراسة المباشرة للعائلة .

ولدى متابعتنا اللاحقة لمريضاتنا تمكنا من ملاحظة ظهور فترات هوسية لدى ثلاثة منهن .

المناقشة :

إن كل مريضاتنا ، المعانيات من الانهيار المقنع ، كن قد عرضن أنفسهن لمعاينات طبية عامة واختصاصية . وكانت عوارضهن الانهيارية بسيطة ومقنعة بشكاوي جسدية مختلفة . وبما أن المريضة منهن كانت تقصر شكواها على الناحية الجسدية فإن الأطباء لم ينتبهوا إلى الطبيعة المزاجية ـ النفسية لهذه الشكاوي .

ومن هنا لجوء هؤلاء الأطباء ، من عامين واختصاصيين ، إلى العلاج الظواهري وهو علاج غير مطابق لطبيعة المرض .

وفي أثناء المقابلة الأولى كانت جميع المريضات يرفضن فكرة احتمال وجود سبب نفسي كامن خلف شكاويهم الجسدية .

ونشير هنا إلى دراسة Blumer (١٩٨٢) التي تناولت عشرين مريضاً يشكون من ألم الإنحناء[٥] (وهو يشبه الانهيار المقنع ويختلف معه في آن معاً) . وقد وجد الباحث ردود فعل غير اعتيادية على الـ D.S.T لدى ثمانية منهم (٤٠٪) . كما استطاع تشخيص وجود حالات انهيار بسيطة لدى ١٣ منهم (٦٥٪) . ولكن دون وجود ردود الفعل غير الاعتيادية على الـ D.S.T .

وبما أن غالبية مرضانا (٧٥٪) تجاوبوا بشكل غير عادي أمام الـ D.S.T فإننا نفترض وجود حالات انهيارية بسيطة ملازمة لهؤلاء مع علائم جسدية مهيمنة . وهذا التلازم يشكل في رأينا تصنيفاً عيادياً مميزاً وأكثر قساوة من الاضطراب المزاجي من نوع الـ R.D.C. المميز لحالات الانهيار البسيطة لوحدها .

وبالرغم من صِغر عينة هذا البحث فإننا نعتقد بإمكانية استخراجنا للنتائج التالية :

---

(٥) ويرده البسيكوسوماتيون إلى زيادة حيوية العضلات المضطربة . ويعتبرونه اضطراباً بسيكوسوماتياً ، بحيث يكون الانهيار المقنع المرافق له مجرد مظهر مرضي . انظر كتاب بيار مارتي الحلم والمرض النفسي والنفسدي . منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية ١٩٨٧ .

أ ـ إن عوامل مثل : «ارتفاع نسبة الاستجابة غير العادية لاختبار قمع الديكساميتازون D.S.T والتي بلغت ٧٥٪ إضافة إلى فعالية العلاج بمضادات الانهيار في ٦٩٪ من الحالات وأخيراً ظهور نوبات هوس لاحقة لظهور الانهيار المقنع» هي عوامل تدفعنا لافتراض أن الانهيار المقنع ربما يكون أحد متغيرات الانهيار الأولي الداخلي سواءً آحادي أو ثنائي القطب.

ب ـ من الناحية العملية ـ التجريبية يبدو أن اختبار الـ D.S.T هو مساعد جيد للتشخيص . وذلك ليس فقط في حالات الانهيار التقليدية ولكن أيضاً في الحالات المقنعة للانهيار الداخلي .

فهرست عناوين المقالات بالعربية

فهرست عناوين المقالات بالأجنبية

Index des Articles

مَراجع المؤلفة

1 - Sheperd, M. et al: psychiatric Illness in general practice,. oxford Med. Publ. London. 1966.

2 - Pataky, I: Trends of the examination of Drug Dependance in Medicina Bp. 1980.

3 - WHO Expert Commitee on Drug dependance, Geneva, 1978.

4 - Visken, New Scientific Results and therapentic Experiences Sandor Symposium, 1981.

5 - Priest, R. G. E: Bezodiazepines Today and Tomorrow, int. Medical Pub, 1980.

6 - Drug therapie of Endogenous Depression, I. Pataky, 1982.

7 - Sommers, H. H: Analyse statistique du style, ed Nauwelaerts Louvaine - Paris.

8 - Shapino R. J: The Criterion Problem in Creativity. ed P. E. vernon Penguin Books, 1970.

9 - Volmat, R: L'art Psychopathologique (Presses Universitaires de France, Paris 1955).

10 - Billig, O: Spatial Structure in Schizophrenic Art Psychiatric and Art IV th Int. Coll. Psychopathology of expression. S. Krager, Basel, 1968 P. 1 - 16.

11 - Bader A: Ephemère Aurélie (album) Special, 1970.

12 - Kielholz, P. Masked Depression. Hans Huber. Bern, 1973.

مَراجع المعلق

1 . NINA. R. De. Traubenberg : Le T.A.T en Clinique Psychosomatique ....
2 . P. Marty : L'Ordre Psychosomatique, Pâyot, 1981......
3 . J. Pontalis-La Planche : Vocabulaire de la Psychonalyse..........

٤ - الحلم والمرض النفسي والنفدي ، بيار مارتي ، مركز الدراسات النفسية ١٩٨٧ ....

٥ - الرسم في العيادة النفسية، مركز الدراسات - الرسالة - الإيمان ١٩٨٩

6 . E. Minkowiski : Le Temps Vécue, Nistlé-Delachâux

٧ - العقاقير في العلاج النفسي ، نابلسي - علي ديب ، منشورات دار النهضة العربية ....

8 . Nouveau Larousse Medical, ed Larousse 1981 ....
9 . Naboulsi. M : le Test du Temps dans la clinique Psychosomatique. P.G.S. 1988 ....
10 . Naboulsi M: Le Dessin dans la clinique psychologique. conf. A.H.P. Budapest, 1988 ....

١١ - إسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع - منهج لدراسة الشخصية . نابلسي - عقاد . منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٩ ....

12 . Rihmer, Z. : Psychopharmacologie, ed Medicina Budapest, 1988 ....

13 . Dobrescu : Farmacoteropie, ed. Medicale 1983 ....

14 . Sami Ali : De la Projection, Payot-Paris, 1976 ....

١٥ ـ معجم مصطلحات علم النفس والتحليل النفسي ، د . أبو النيل ومشاركيه ، دار النهضة العربية ـ بيروت ....

16 . Risko. A, Altomare, Naboulsi : M : Le Mouvement Thérapie, Congrès Somatothéropie - Paris - 1988 ......

الفهرست

الفصل الثالث

العلاج النفسي الدوائي للحالات العصابية

الفصل الرابع

الطب النفسي ـ البيولوجي